

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diagnostique et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 050541

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2192 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHHA mohammed

Date de naissance : 9.9.47 Tlemcen

Adresse : 20 RUE DIABER CAS

Tél : 0615739968 Total des frais engagés : 3993 EURO

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENTAHHA m l Age : 73

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : TRAITEMENT OPHTALMO

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAS

Signature de l'adhérent(e) : Le : 24.8.2020

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-537686

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2192 Société : RETRAITE
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENTALHA Mohamed
 Date de naissance : 9.9.47
 Adresse : HABITUELE
 Tél. : 0522201806 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : _____ / _____ / _____
 Nom et prénom du malade : _____ Age : _____
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : _____
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____
 Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-537686

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2192
 Nom de l'adhérent(e) : BENTALHA Mohamed
 Total des frais engagés : 3993 EUR
 Date de dépôt : 24.8.2010

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<p>BRANDE PHARMACIE</p> <p>GAILLARDINE</p> <p>119 bis, route de GENÈVE</p> <p>alphega pharmacie 74240 GAILLARD</p> <p>74 2 00 505 1</p>	<p>8/11/2020</p> <p>39,93 €</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 G 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



GRANDE PHARMACIE GAILLARDINE
M & Mme GHERARDI
119 Bis Rue de Genève
74240 GAILLARD

Identifiant : 74 2 00505 1

Tél. : 04.50.38.09.27

BENTALHA Mohamed
00000 Adresse inconnue

Justificatif de vente n° 154210 du 08 juillet 2020

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400935847638	TRAVATAN 40æG/ML COLLYRE FL/2,5ML	2,10	5,55	6	33,30
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	6	6,12
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,10	0,51	1	0,51



Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	39,11	0,82	39,93
Total	39,11	0,82	39,93

Part Principale €		Part Assuré €	39,93
Part Complémentaire €			

Net à payer 39,93 euros

JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 -)

No : 748445

GRANDE PHARMACIE GAILLARDINE

119 Bis Rue de Genève

74240 GAILLARD

Mal: BENTALAH

74 2 00505 1

M & Mme GHERARDI

Tel: 04.50.38.09.27

Mohamed

Ne le:00/00/1900 Rang:1

Nature: Exo:

No:

Deliv du: 08/07/20

Dr : MEDECIN ETRANGER

Ordon du: 08/07/20

AMO:

Vendeur : CC

QTE-----Produits-----P.U.---(Base)---Hon---Taux

6 TRAVATAN 40*G/ML COLLYRE FL/ 5,55 1,02 65%

34009 3584763 8

Ordo: 000489749

TOTAL FACTURE : 39,93

MONTANT A.M.O : 0,00

Paye par l'assure : 39,93

6 Produits

MONTANT A.M.O : 0,00



Dr. Nadia BENNANI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خريجة كلية الطب بباريس
أمراض و جراحة العيون

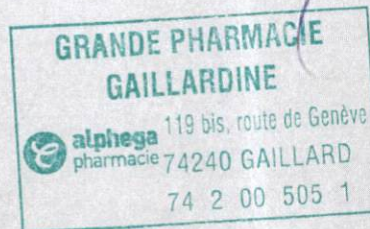
Casablanca, le 26 juin 2020

Mr. BENTALHA Mohamed

TRAVATAN (collyre)

1 goutte le soir, dans les deux yeux
traitement pour 6 mois, ne pas interrompre

Dr. Nadia BENNANI
Ophthalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél : 05.22.20.98.62 / 06.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.62 - Casablanca



61, Avenue Moulay Hassan 1er - 2ème Etage - CASABLANCA الدار البيضاء - الطابق الأول الحسن الثاني

الهاتف : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67 - Tél. : 05 22 20 98 62 : الفاكس Fax :