

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

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.

AS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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° P19-0046237

ND: 42402

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3289 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SBAÏL; DRISS
 Date de naissance : 12.1.1958
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0679470122 Total des frais engagés : 2268,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan Ier
Tél : 05.22.20.90.59 / 06.99.77.33.67
Fax : 05.22.20.98.62 - Casablanca

Date de consultation : 16.09.2020
 Nom et prénom du malade : M. SBAÏL; DRISS Age : 62
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Oculaire
 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
16/09/2020	CS		300 -	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/20	1968,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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 16 septembre 2020

Mr. SBAILI Driss

DUOTRAV: collyre

1 goutte le soir, dans les deux yeux
traitement pour 4 mois

OXYAL

1 goutte 2 - 4 fois par jour, dans les deux yeux

PHYLARM 16 UNIDOSES

Rincer les yeux le matin et dans la journée

Dr. Nadia BENNANI
Ophthalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél: 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67
Fax: 05 22 20 98 62 Casablanca

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lotte. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMI
407392 Mj



6 118001 071341

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Rembours
407



6 118001 07

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407392 MA



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable /
407392



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable /
407392

HER ME
PPC
99.00 Df

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

RIMA
PHARMA
P.V.C
60.00 DH

RIMA
PHARMA
P.V.C
60.00 DH

RIMA
PHARMA
P.V.C
60.00 DH

RIMA
PHARMA
P.V.C
60.00 DH