

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-447454

ND: 46706



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12512</u>	Société : <u>RA7</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	<u>SAJALI</u> <u>Ahmed</u>
Nom & Prénom : <u>SAJALI</u> <u>Ahmed</u>			
Date de naissance : <u>25/07/1980</u>			
Adresse : <u>Appart 11 Les Anfa 1 El Jadida</u>			
Tél. : <u>0661235063</u>	Total des frais engagés : <u>454,10</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>04 SEPT 2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>SAJALI</u> <u>18 MOY. 2020</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>affection oculaire</u>			
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : SAJALI

Le : 12/10/2020

RELEVE 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
04. SEPT. 2020	Cl	1	20000	INP : 091082400 DR. ABADIA AFAAF D. Opticien DASIA AFAAF BIBN BADIA, CENTRE BIBN BADIS B. 2ème ETAGE, N° 23, ENTRÉE BIBN BADIA TEL : 0523.390.039 - GSM : 0677.205.410 TEL : 0523.390.039 - GSM : 0677.205.240

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية كاليفورنيا شارع المتنورة الخضراء الجديدة	04/09/20	254,10

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	

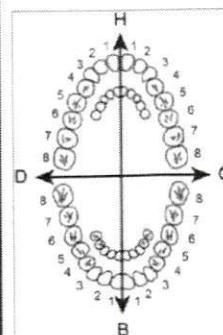
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abada Afaf

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux



الدكتورة أباظة عفاف

اختصاصية في طب
و جراحة العيون

04 septembre

El Jadida, Le : الجديد، في : 2020

Nom Enf. OUALIM Wally

75,70

ZALERG



ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DANIIDI

1 gttre 2 fois/ jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

41,00

GEL LARMES



1 app 3 fois/ jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

54,40

TOBRADEX : pde



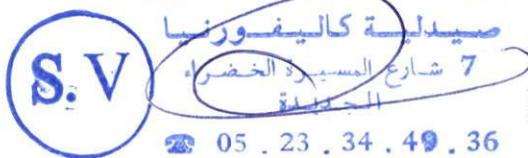
TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
3,5G
Boîte de 1 tube
PPV : 54,40 DHS
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/NRQ



1 application / jour, le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 21 jours

83,00

PHYLARM. LAVAGE



1 goutte 3 à 6 fois / jour, dans les deux yeux

254,10

Dr. ABADA AFAF
Ophtalmologiste
BD. IBN BADIS CENTRE IBN BADIS B.
3ème ETAGE, N° 23 - 24, EL JADIDA
TEL : 0523 390 039 - GSM : 0677 209 240

شارع ابن باديس، مركز ابن باديس ب، الطابق الثالث، الرقم 23 - 24، الجديدة
Bd. Ibn Badis, Centre Ibn Badis B, 3ème Etage, N° 23 - 24, El Jadida

Tél. : 05 23 39 00 39 - GSM : 06 77 20 52 40

