

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 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

Information : contact@mupras.com
Personne 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.

Siège : 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



49101

Déclaration de Maladie : N° P19-0017382

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00739 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom BOUJRADA Ahmed Date de naissance : 01.01.42

Adresse : Salmia 2 N°1 14475 Apt 1 Casa

Tél. : 0666349769 Total des frais engagés : 1859,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : Boujrada Ahmed Age : 78 ans

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 cette feuille de soins et déclare avoir pris connaissance de la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 27 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
25/11/2020	CS	250,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

1609,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

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

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراد
طب
ون للأطفال
تصوير
أوعية الشبكية بالليزر
LIPOSIC
العسل
الام

Gel ophtalmique
ZENITH PHARM.

ADSP n° 220 DMP/21/Niv

mercredi 25 novembr 2020

Mr. BOUJRADA AHMED

DUOTRAV: COLLYRE [Qte : 5]

1 goutte le soir a 21h, les deux yeux, 5 mois

HYLOCOMOD: COLLYRE [Qte : 2]

1 goutte 3 fois par jour, les deux yeux, 3 Mois

LIPOSIC GEL

1 goutte le soir , les deux yeux

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

Deux yeux

118001 07134

TRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
en solution, 2,5 ml
de 1 flacon
ema Bouskoura
: 255,00 DH
N° 591/18 DMP / 21/ NRO

Remboursable
20739

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

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

146, Boulevard Joulane, Appa 1, 1er Etg - Salmia 2 - Cas 89 60
05 22 57 00 55 : الهاتف 2، السالمة - الطابق الأول - شقه رقم 1، شارع الجولان، شقه 146