

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-478483

56160

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 07847

Société :

RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELMEGDER MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-1969

Adresse : LOT ALO ROUBA RUE 16 N°9 AIN CHOK
CASABLANCA

Tél. 06 73 74 89 83 Total des frais engagés : 1500,00

Cadre réservé au Médecin.

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ELMEGDER MOUAD Age : 2001

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : CASABLANCA Le : 16-12-2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-478483

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 : 7847

Nom de l'adhérent(e) : ELMEGDER

1500,00 DH

Total des frais engagés : 1500,00 DH

Date de dépôt : 14-01-2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/2019	Consultation	1 x 10	30,00	INP : 1111111111111111 DR. D'ARTAIS PHILIPPE - 001677890 0522 56 X 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ausfiha Optique 10. Bd. 2 Mars 1924 05.22.50.69.26 / 05.26.10.27.88	29/12/90					1200

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 CDF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]												
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				DATE DU DEVIS [REDACTED]												
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. QARFA Driss

OPHTHALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
CATARACTE.GLAUCOME STRABISME.

VOIES LACRYMALES.LASER.ANGIOPHAGIE

الدكتور القرفة إدريس

Dr. QARFA Driss
OPHTHALMOLOGISTE
295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA

Tél: 0522 56 21 77
WAP: 091167363.ICE: 0016778955

أخصائي أمراض وجراحة العين
الجلالة - الزرقاء - ملعفه الـ 7 الدمشقي
أنجيوغرافيا - الليزر

Bousfiha Optique
Bld. Bd. 7 Mars - Ward 1 - Ain Chock - Casablanca, le

16/11/2022

الدار البيضاء، في

SETIBS DR

Mad

Jawad Tarek

Wod = -25 (-0.75/-175)

Wet = -225 (-0.75/-175)

MP: 091167363.ICE: 0016778955
295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA
OPHTHALMOLOGISTE
Dr. QARFA Driss

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochain contrôle dans :

295. شارع إدريس الحارتي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 77 05 22 56 21

295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77



FACTURE

281

CLIENT(E) : EL MEGDER MOUAD

DATE :29/12/2020

PRODUITS		QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE		1	500	500
VERRE ORGANIQUE		2	350	700
AR				
	S	C	A	AD
OD	-2.50	-0.75	170	
OG	-2.25	-0.75	170	
-----		-----	TOTAL TTC	1200

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DHS TTC

Bousfiha Optique
810, Bd. 2 Mars - Inara 1 - Ain Chock - Casablanca
Tél. : 05.22.50.69.26 / 05.26.10.27.88