

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

Education :

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.

MUPRAS : 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- 0042700

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4540 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBYA Fatima

Date de naissance : 31/10/2022

Adresse : 31101 ANFA CAS

Tél. : 066138099 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/10/2022

Nom et prénom du malade : ABEN ABDEL FATAH

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

Nature de la maladie : Maladie de ne fust

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

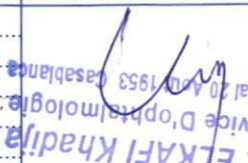
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 27/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
8/12/2021	clap B			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/21/2021

2500,- dhs

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

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 :

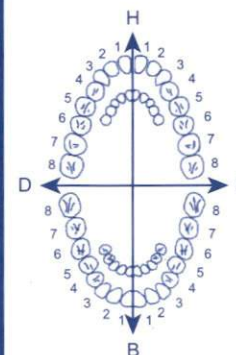
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

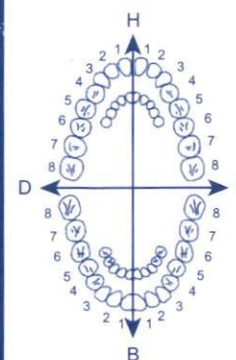
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Casablanca, le : 31.12.2020

ORDONNANCE

Docteur :


ABOU AMIR FAROUK

VL

OD : (160 - 0,25) + 0,15

OS : (30 - 0,25) + 0,15

CAPITAL VUE
Optique - optométrie - Contactologie
115, Rue Taha Houari (La Galilée)
Casablanca
Tél: 05 22 43 104


Dr. ELKHAFI Khadja
Service d'ophtalmologie
Hôpital 20 Août 1953 Casablanca

CAPITAL VUE

115, RUE TAHA HOUCINE (EX GALILEE)
QUARTIER GAUTHIER-CASABLA
Tél : 0522.430.104

FACTURE

FACTURE N° : **5/2021**

CLIENT : **ADBOU AMIR**

DATE FACTURE : **19/01/2021**

DESIGNATION		PRIX TTC
Montures : <u>1</u>	OPTIQUE	500,00 DH
<u>2</u>	ZEISS 1.5 BLANC BLUE PROTECT	1 000,00 DH
Verres : <u>ZEISS 1.5 BLANC BLUE PROTECT</u>		1 000,00 DH
<u>OD1</u>		
Nomenclatures : OD : +0.50 (-0.25 à 160°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00		
OG : +0.50 (-0.25 à 30°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total TTC : 2 500,00 DH

Total HT : 2 083,33 DH

TVA 20% : 416,67 DH

Frais de Timbres : 6,25 DH

Montant Total Payé : 2 506,25 DH

CAPITAL VUE
Optique - optométrie - Contactologie
115, Rue Taha Houcine (Ex Galilee)
Casablanca
Tél: 05 22 430 104

Code INPE



000215009000013

R.C: 186735 IF: 01109414 Patente: 35590855 Cnss: 7865564 ICE: 000215009000013
Adresse: 115, RUE TAHA HOUCINE (EX GALILEE) QUARTIER GAUTHIER-CASABLANCA Tél : 0522.430.104