

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.

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° M21- 048450

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05351 Société : RAM 741339

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Rehaite

Nom & Prénom : Bennani Othmane

Date de naissance : 19/02/1955

Adresse : 6, Rue Azzohra quartier palmier CASA

Tél : 0661324611 Total des frais engagés : 10.000 + 2500 + 344

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/06/2021

Nom et prénom du malade : Bennani Othman Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Carcinome OC + IOL K130

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 : 11/06/2021

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
11/06/2011	curages de	1000	12170	
	OG + DL			

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

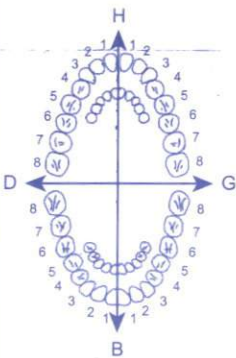
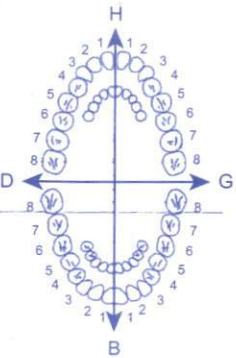
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'occlusion.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 G </div> </div> B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

F A C T U R E

N° : 573 / 2021 du 11/06/2021

Nom patient **BENNANI OTMANE**
PAYANT

CATARACTE

Entrée 11/06/2021

Sortie 11/06/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	1.00		1 200.00	1 200.00
			<i>Sous-Total</i>	1 200.00
IMPLANT	1.00		1 620.00	1 620.00
CONSOMMABLE	1.00	CONSO	3 680.00	3 680.00
			<i>Sous-Total</i>	5 300.00
Total Clinique				6 500.00
DR. ANESTHESISTE (anesthésiste)	1.00		500.00	500.00
DR. RAISS ABDERRAHMANE (ophtalmologue)	1.00		3 000.00	3 000.00
			<i>Sous-Total</i>	3 500.00
Total Autres prestations				3 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DIX MILLE DIRHAMS

Total 10 000.00

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
15, Rue Kadi Iass Etage 5
Mâarif - Casablanca

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **BENNANI OTMANE**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **RAISS ABDERRAHMANE**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **11/06/2021**

Date sortie **11/06/2021**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : FATHIA

11/06/2021

10:34

PT210527102143-001

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
DE CASABLANCA
15, Rue Kadi Jass Etage 5
Maarif Casablanca

Le : 11/06/2021

Références

573 / 210611102932046011

PAYANT

Entrée / Sortie : 11/06/2021 - 11/06/2021

Le Dr. RAISS ABDERRAHMANE

présente à Mr BENNANI OTMANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
3 000.00 Dhs (TROIS MILLE DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Abderrahmane RAISS
Spécialiste en Ophtalmologie
75, Rue Cadi-Iass Moulay
Tél : 0522 98 44 66 / 36
Fax : 0522 99 01 84

Cachet et signature

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 11/06/2021

Références

573 / 210611102920046010

PAYANT

Entrée / Sortie : 11/06/2021 - 11/06/2021

Le Dr. ANESTHESISTE

présente à Mr BENNANI OTMANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500.00 Dhs (CINQ CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE D-
CASABLANCA
Médecin - Anesthésiste
15, Rue Kadi Iass - Maroc Casablanca
Tél: 022.98 44 66 97

Cachet et signature