

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostic 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- 0054826

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed

Date de naissance : 1939

Adresse :

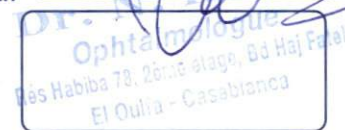
Tél : 0522 89 10 70

Total des frais engagés : 1193,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/2021

Nom et prénom du malade : MESSAOUDI Mohamed

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie : Glaucome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

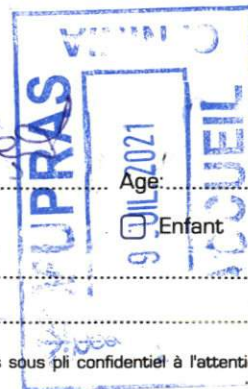
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 07/07/21

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



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

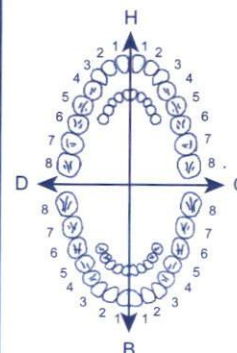
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 COEFFICIENT 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

الدكتورة ن. رياح

اختصاصية في الطب و جراحة العيون (صغار و كبار)

داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

طسة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي

ہوانت اُتر - فرنسا

طیبة مقیمة سابقه بمستشفى، 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء وجامعة فرنسا

Casablanca, le :

Ms. Moxaouli?

292,0023

2921002
(4) - Zylinder 3 Böden

1ste f \rightarrow Ane

22,50

② - Succupated = 3 birds
1 of the 3 h to Younger

75,00

③ Length of
Jitter $\times 36 \rightarrow 1 \text{ mtr}$

إقامة حبيبة, رقم 78, الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء

Résidence Habiba, Numéro 78, 2^{ème} étage, Boulevard El haj fateh - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 13 49



7 640168 160210

ZIOPATAN™ 15µg/ml
Collyre en récipient unidose
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml
P.P.V : 292.00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc



7 640168 160210

ZIOPATAN™ 15µg/ml
Collyre en récipient unidose
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml
P.P.V : 292.00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc



7 640168 160210

ZIOPATAN™ 15µg/ml
Collyre en récipient unidose
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml
P.P.V : 292.00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc

Steripharma
PPV:22,00 dh

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml

LOT/عيار: H8041
FAB/تاريخ الإنتاج: 05-2020
EXP/تاريخ الانتهاء: 04-2022

ZENITH PHARMA
PPV : 75,00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr