

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.

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.

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.

Maladie :

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

81674 N° M21- 064549

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03620 Société : Ram -
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BLALI Mohamed
Date de naissance : 11-2-1962
Adresse : Salmia II 124E 23 144 mlt
Tél. : 0666703026 Total des frais engagés : 4750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/2021
Nom et prénom du malade : BLALI MAHJOURA Age : 59 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 la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Casablanca* Le : 25/8/2021
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
12/08/2021	Cs	270,50		Dr. ESSALIM KADIM Ophtalmologiste 146, Bd Joulane Apt 1 Sidi Gaza - Tél : 0522 57 00 00

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	
OPTIQUE AMAL Bethal Mohamed 18'63 Amal Mohamed-Casablanca Tél : 022. 75. 55. 95	26/08/2021					450,00

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'

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 00000000 G 00000000 35533411 11433553 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'EXEC

Dr. ESSALIME KARIMA

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



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العدسات اللاصقة

12 août 2021

Mme BLALI MAHJOUBA

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets, Amincis

VL : OD = +2.00

OG = +1.50

VP : ODG = Add : + 2.50

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Apt 1 Salmia 2
Casa - Tel : 0522 57 00 55

OPTIQUE AMAL
Boulevard Mohamed
48 63 Amal Berroussy-Casablanca
75 022 75 55 95

نظارات أمل

Casablanca Le 25.07.2021

OPTIQUE AMAL

Rue 2^e N° 63 Amal 1
Bernoussi Casablanca

Patente : 31602814

R.C. : 259326

FACTURE

0001403

M: BILAL LAHTONBA Doit

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du Docteur.....	Vision de Loin O.D. +2 - O.G. +1.52	Vision de Prés O.D. +2.52 O.G. +2.52	Double Foyer O.D..... O.G.....	Supplément
--	---	--	--------------------------------------	------------

FOURNITURES :

Patente : 31602814
ICE : 002024947800093
IF : 52818904 - R.C : 259326

1 Montures METAL	1000.00
Verres ORG. AMBLYOPIE ANTI-REFLUX PROGRESSIFS	3500.00
TOTAL	4500.00

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

QUATRE MILLE CINQ CENT DIRMANS

Optique Amal
Bernoussi Casablanca
Rue 2^e N° 63
Tél : 020 2494 7800
020 2494 7800
020 2494 7800