

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Etage 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° W19-515261

86213

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 343	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ARIF MOHAMED			
Date de naissance : 01/01/40			
Adresse : 15 F, Rue MIMOSAS - HAYERRAHA - CasaLanca			
Tél. : 06 63 65 46 31			Total des frais engagés 1023,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 14/07/2021			
Nom et prénom du malade : ARIF MOHAMED Age : 01/01/40			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 14/07/2021
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
14/07/21	C		306 DH	INP : 09M1698Y

Docteur AOUAD Ophthalmo
Pr. 76 Bd Abdelloumien
Résidence Casablanca - Tel 022 99 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
Mme LAMNIA AOUAD Pharmacie de l'Aéroport d'Anfa 2 bis, Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca Tél: 39.08.36	14/07/21	723,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

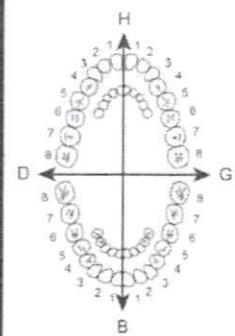
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

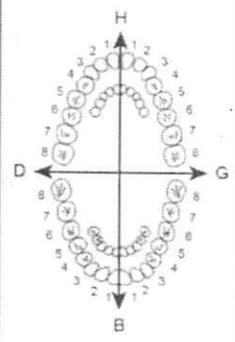
VOLET ADHERENT

ORD+15PPV - Déclaration maladie Chronique -

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

6"1118001"1009

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de

Distribué par COOPER PHAR

4, rue Mohamed Diouri, Casab

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de

Distribué par COOPER PHAR

4, rue Mohamed Diouri, Casab

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de

Distribué par COOPER PHAR

4, rue Mohamed Diouri, Casab

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de

Distribué par COOPER PHAR

4, rue Mohamed Diouri, Casab

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de

Distribué par COOPER PHAR

4, rue Mohamed Diouri, Casab

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de

Distribué par COOPER PHAR

4, rue Mohamed Diouri, Casab

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de

Distribué par COOPER PHAR

4, rue Mohamed Diouri, Casab

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de

Distribué par COOPER PHAR

4, rue Mohamed Diouri, Casab

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

أسما

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكة الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

Collège Général
Collège Général
Collège Général

BP : 16.06.00

6"1118002"06002

Collège Général

BP : 16.06.00

sablanca, le :

14-7-02
ARIF u l'oeil



149,90

723.90

Dok. KOUSSI Nadia
Professeur en Odontologie
75 Bd. Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel. 022 99 46 00

1gh
xul



Le 14.7.02

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Docteur LAOUSSI Nadia
Professeur en Ophthalmonologie
76 Bd Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel: 022 99 46 00

Certifie que Mlle, Mme, M :

ARIF Ahmed

Présente

un syndrome de maladie

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Anie

Egyptrius - Sablemijf

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Docteur LAOUSSI Nadia
Professeur en Ophthalmonologie
76 Bd Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel: 022 99 46 00