

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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-692526

107978

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3249			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : RAN	
Nom & Prénom : BENNANI DOSTAF			
Date de naissance : 24-09-87			
Adresse : 3 RUE HAFID IBRAHIM AP3 CASABLANCA			
Tél. : 0601186986 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

<input type="checkbox"/> Accueilli	<input type="checkbox"/> Date de consultation : 16/09/2019	<input type="checkbox"/> Cadre réservé au Médecin
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Nom et prénom du malade : BENNANI DOSTAF	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : Docteur CHELLY Chafik
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> Lien de parenté : lui-même	<input type="checkbox"/> Ophtalmologiste 82, Rue Soumaya (imm. Fiat) Quartier des Palmiers - Casablanca Tél. : 05 22 23 30 53 / 05 22 25 83 70 05 22 29 84 74 INPE : 091040931
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Nature de la maladie : eczéma	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : 16/09/2019

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
13/02/2022	✓	✓	✓	INP : 09104993 INP : 09104993

INP : 092028602

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Frais
Pharmacie FOUCAUD 27, Rue Moussa Ben Youssef Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 26 42 12	03/03/22	437,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
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
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



ORDONNANCE

Me decin traitant :

Dr CHELLY Chafik

Patient :

M. BENNAJI Mostafa

Age.

65 ans

Date. 03/03/22

55,90

- OCUSERUM

1 lavage le matin dans l'œil concerné pendant 1 semaine

51,40

- SPECTRUM 250 mg

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours

35,90 x 2

- TOBRADEX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 3 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 2 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 1 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine

14,40

- VISMED MULTI

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 6 semaines

54,40

- TOBRADEX Pommade

1 application le soir dans l'œil concerné pendant 1 semaine

30,80

- Rondelles Ophthalmologiques

Mydriatique 40 g

26,50

Pharmacie FOUCAUD
27, Rue Moussa BLOUH ISMAÏL
Gauthier Casablanca

532, Bd Panoramique Casablanca Tél: 05 22 26 42 12 él: 05 22 77 77 40 à 49 / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22 23 06 66
Email: clinique.almadina@yahoo.fr

51,40

lancer

Amine DOPA

النما
دواء دواعي

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
3,5G
Boîte de 1 tube PPP: 54,40 DHS
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21 NRQ

6 118001 070602
69020-4



SYNTHEMEDIC
224 Rue Zoubir Ibnou El Aouan 20500 Casablanca
P.P.C: 144,10



Docteur CHE
Ophtalmolog
82, Rue Soltane
Quartier des

151 05 22 23 06 66
05 22 23 06 66
INPE

18/4/0
05 22 23 06 66
1040551

• Arrêter le traitement au DiAmox
 et Kalifit
 Continuer le traitement par fuchs D.



gsm : 06.01.33.04.64

