

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-668621

111618

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4616		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KALAI NAJAT			
Date de naissance : 13/01/1956			
Adresse : 86 VILLA D'ANFA 2 DAR BOUZZA			
Tél. : 0661238384		Total des frais engagés : 638,20 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation : 13/01/2022		
Nom et prénom du malade : BENHATIRA NAJAT		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : asthme		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
23/03/98	Scop. h.	✓	3000	INP DR. ARAD DALAIAN Ophtalmologiste 15, rue de la Liberté Boulevard de l'Orangerie 223458200

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES PHOSPHATES Dr. ZOUTENE Nadia 8, Bd. Al Aïn Hay Hassani - Casablanca Tél. : 05 22 98 85 30	03/22	338.20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

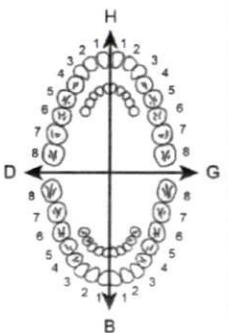
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

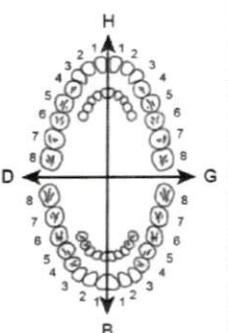
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

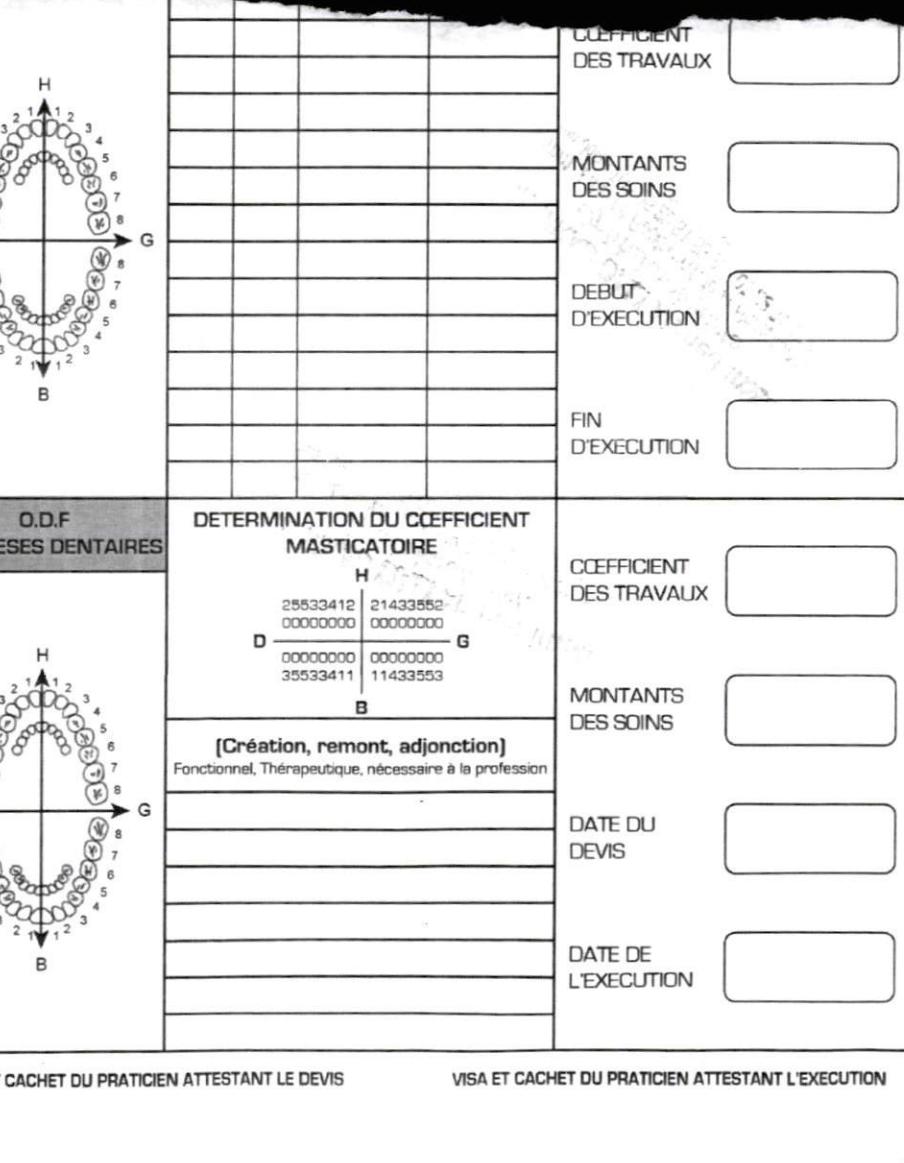
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

Dr. Mrad Dali Ahmed I.
OPHTALMOLOGISTE
Spécialiste Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris

Casablanca le 23/03/2022

الدكتور مراد الدالي أَحمد عَمَاد
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بيباريس

Madame BENHATIRA NAJAT

OPHTALMED
PPC
74.00 DHS

- ANGIODROP COLLYRE

74,000 PA

1 goutte matin midi et le soir pour l'œil gauche, traitement pour 2 semaines

- AZYETR COLLYRE

26.20 PA

1 goutte matin midi et le soir pour l'œil gauche, traitement pour 3 jours

- XAILIN HA COLLYRE

1 goutte matin midi et le soir pour les deux yeux, traitement pour 2 mois renouvelable

Azyter 15 mg/g
Collyre, 8.46 ml, 76.20 DH

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUD

Total: 338,20 DP

Dr. MRAD DALL Ahmed Imad
Ophtalmologue
4 Boulevard de la Résistance
91 58 20 05 22 31 19

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS

0522 100-10246
JMM 94.00 DBS

agre Dubreuil - Bd Résistance - Ben Jdia - Casablanca - © 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42
Email : ophta.dali@gmail.com