

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-627114

AN8419

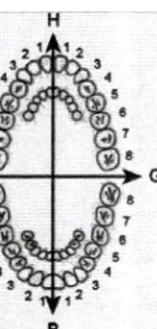
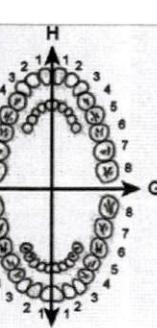
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8969 Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EL FATHI LARADJI MY AHMED			
Date de naissance : 26-09-22			
Adresse : 16, médina, DR 9 n° 14, Dr Ali Maâoul			
Tél. : 0661 06 26 29 Total des frais engagés : 1100 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	26-07-22	Age :	16
Nom et prénom du malade :	EL FATHI LARADJI JAY	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Virus		
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 :
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 28 JUN 2022

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
73622	6	300,00	INP 199123200 ELA OPHTHALMO 163,00	199123200

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
REG. AL Moustakbal N° 171 Route Sidi Maârouf - CASABLANCA TÉL: 0524 33 32 11	LINE 26/03/22	11	11	11	209,00

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 (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411		11433553	
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D																						
B																						
35533411																						
11433553																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
CCEFFICIENT 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																						

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréat de la Faculté de Médecine de
Montpellier (France)
Spécialiste en Ophthalmologie
Angiographie - Laser



الدكتورة العلوى بن هاشم بهيجة
خريجة كلية الطب بمونبليي (فرنسا)
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أشعة لازر

Casablanca, le

27 - 3 - 2012

DR EL ALAOUI ALAOUJI

IBHAAJ

OPTIC LINE
Rés. Al Moustakbal N° 171 Route 1029
Sidi Maârouf - CASABLANCA
Tél: 05 22 58 46 38 - 05 22 97 61 -

OP : (180° - 0,25)

OQ : (170° - 0,25) + 9,25

DR EL ALAOUI Bahija
OPHTHALMOLOGUE
105, Bd. Afghanistan
Hay Hassani, Casablanca
Tél: 05 22 93 32 66

**OPTIC LINE**

Résidence Al Moustakbal
 N°171 Route 1029
 CASABLANCA Sidi Mâarouf EL FATHI Alaoui Jad
 tél. : 05 22 58 46 39
 fax : 05 22 97 61 29

le 26.03.22

Facture n° 22 0055

LT67

OPTIC LINE
 Rés. Al Moustakbal N° 171 Routé 1029
 Sidi Maârouf - CASABLANCA
 05 22 58 46 39 05 22 97 61 29

Ordonnance EL ALAOUI Ben hachem Bahija 07.03.22

Vision de LOIN**Monture** N° TIPS: A1

MUPRAS

300,00Verres ORGANIQUE 70mm BLANC ANTI REFLET
 HYDROPHOBE DURCI FILTRE BLEU**OD**..... N° TIPS: (180,0,25)PL**250,00****OG**..... N° TIPS: (180,0,25)+0,25**250,00**

*F.N.P.E
 09/000 911*
*OPTIC LINE
 RÉS. AL Moustakbal
 Sidi Maârouf
 CASABLANCA*

Identifiant Fiscal 100 52 80

Taxe Profession. 37983235

CNSS 6355293

RC 109989

DE016	total	800,00
NEL		
NEL		
<i>dont T.V.A. 133,33</i>	total T.T.C.	800,00