

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

(12-16)

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015001

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AITKASS Boujemaa

Date de naissance : 05.01.1944

Adresse : 21 Rue Mar Méditerranée, Aïn Diab, Casablanca

Tél. : 0663058581

Total des frais engagés : 430 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 13 AVR. 2022

Nom et prénom du malade : AITKASS Boujemaa Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

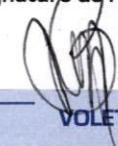
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 13/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0015001

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 AVR. 2022 | CR | | 300.14 | Opératoire KH155Y Moupinssine Bruxelles, 1000 - Bélgique Tél.: +32 2 654 80 80 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| PHARMACIE ORY Lahliou Nora bostrahman Lot Salal vila 15 Casablanca 25 79 81 31 | 13/04/14 | | 138,50 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHÉRENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DÉBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled with letters: D (left upper), H (top), B (bottom), and R (right upper). The teeth are numbered 1 through 8 in each quadrant, with some teeth having additional numbers or symbols like 'v' or 'Y'.

[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

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيسى محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

13/04/2024

N° PAT KASS Bouyedam

D) Lavage oculaire phlymex 21T

PHYLARM 10 mL boîte de 16



3 700288 600042

LOT 10602
PER 2024-06

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

PHARMACIE
Dr. Lahou N
Bd. Sidi Abderrahman
Boulevard Villa 75-Casablanca
05 22 79 81

400, Bd Brahim Roudani – Casablanca -Tél : 0522

0522 25 48 88 / 0522 25 70 88

الهاتف :

Truffaut :
Laboratoire THEA
12, rue du Mus-Bleuet
65017 Clermont-Ferrand Cedex 2
France
Fabricant :
EXCELVISION - Rue de la Lombardière
63100 Clermont - France

6 118001 070817

CHIBROXINE 0,3%
Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bourkoune - 27182 MAROC

AMM NADOC N° 346/17 DMDP/21/09/2024
تم تجنب إضافة الماء
SAQ/11/04/21/NBQ