

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° W21-713130

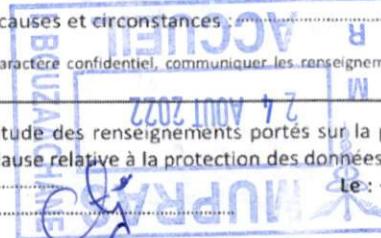
126913

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 07847 | | | |
| Société : RAM | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : EL MEGDER MOHAMMED | | | |
| Date de naissance : 12-06-1969 | | | |
| Adresse : LOT ALOROUBA Rue 16 N°9 AIN CHOK Casablanca | | | |
| Tél. : 0673748983 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs | | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| Autorisation CNP N° : A-P-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | | |
| | Cachet du médecin :  Date de consultation : 28/05/2022 Nom et prénom du malade : EL MEGDER MOHAMMED Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : 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 : CASA Le : 25/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/09/2014 | Acte de soins | 300% | 30000 | INP : 11111111111111111111111111111111 M. BAREAU, Médecin |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | <i>Pas de PPU.</i> |

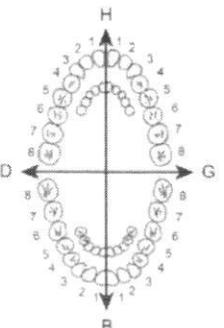
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

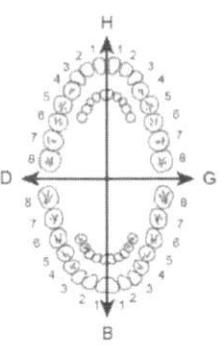
| Cachet et signature du Partenaire | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| BOUSSIN OPTICO 810 bd 2 Mars Inara + Ain Chok Casablanca Tél: 0522.50.69.26 | 15/6/92 | | | | | 1510 |

VOLET ADHERENT

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



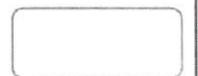
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. QARFA Driss

OPHTHALMOLOGISTE
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.
VOIES LACRYMALES.LASER.ANGIOPHARIE



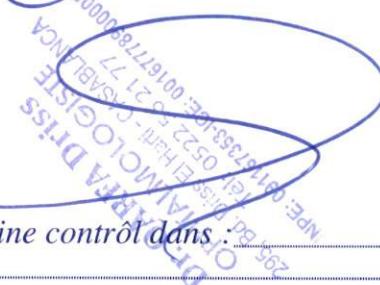
الدكتور القرفة إدريس

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع
أنجيوغرافيا - الليزر

28705/10/22
الدار البيضاء، في

BOUSFIHA
OPTIQUE
Casablanca, le
810 bd 2 Mars Inaya
Casablanca
Tel: 0522 50 69 26

~~CB 28705/10/22
Closed by
Self call~~
old = -25 CB 28705/10/22
new = -22 CB 28705/10/22



Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochain contrôle dans :

295. شارع إدريس الحارتي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 56 21 77

295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77

Dr. QARFA Driss

OPHTHALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.

VOIES LACRYMALES.LASER.ANGIOPHARIE



الدكتور القرفة إدريس

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموي
أنجيوغرافيا - الليزر

Casablanca, le

25/05/2022
الدار البيضاء، في

Dr Bl MESSADER
signed

Y Vilket | 01/06/2022
Orx H | 01/06/2022
Laeeeball | 01/06/2022
rex H | 01/06/2022

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochain contrôle dans :

05 22 56 21 77 شارع إدريس الحارتي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف:

295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77

38 Neabek (m)
Qex3f (08
m)

Dr. QARFA Driss
OPTICALIC LOGISTE
295, Bd. Driss El Ham
CASABLANCA
Tél: 0522 56 01 77
INPE: 09116753-ICE: 001177789000055



FACTURE

145

CLIENT(E) : EL MEGDER MOUAD

DATE : 15/08/2022

| PRODUITS | | | | | QUANTITE | PRIX U TTC | TOTAL TTC |
|-----------------|-------|-------|-----|----|----------|------------|-----------|
| MONTURE OPTIQUE | | | | | 1 | 650 | 650 |
| VERRE ORGANIQUE | | | | | 2 | 450 | 900 |
| | S | C | A | AD | | | |
| OD | -2.50 | -0.75 | 175 | | | | |
| OG | -2.25 | -0.75 | 165 | | | | |
| ----- | | | | | ----- | TOTAL TTC | 1550 |

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CINQ CENTS
CINQUANTE DHS TTC

