

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

Nº M21- 068434

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Eloufani Najat

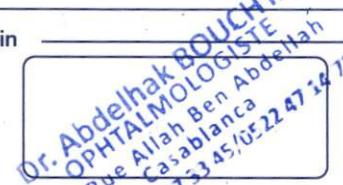
Date de naissance : 05/03/59

Adresse : Résidence EL Wahda, Sidi Idriss BP 0 B Bd. M. Berrechid

Tél. : 06.51.11.2.85.46 Total des frais engagés : 274,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/2023

Nom et prénom du malade : Eloufani Najat Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Virex cataracte

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 : Le : 02/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-68434

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 : 1868

Nom de l'adhérent(e) : Eloufani Najat

Total des frais engagés : 274,00 Dhs

Date de dépôt : 02/02/2023



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
02/02/2023	C		2000 HTG	Dr. Abdellah OPHIAIMOLO Abdellah Rue Allah Ben Abdallah 0522 473345/0522 471471

~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Docteur Karim Y. BERREBI 22 bd Mohamed V 022-533-00-05 Téléphone	62-02-23	74.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

* 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												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	11433553															
B	35533411																
					COEFFICIENT 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

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-angiographic

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablancale الدار البيضاء في 523

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah Casablanca
Tel.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah Casablanca
Tel.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

Pharmacie 2000
Docteur Kadir L. Zineb
22, bd Mohammed V. BERRECHID
Téléphone: 022.53.38.85

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah Casablanca
Tel.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

ANGIODROP[®]

انجیو دروب

15 ml
مل 15



Solution ophthalmique Ophthalmic solution

محلول للمعینون

DENSMORE
L A B O R A T O R E
— DEPUIS 1946 —

Révision/ آخر تحدیث 06/2019

3
770008
240162

FANG15FFA-I-20V1

WWW.SERRANO.NET

14

LOT

10

Indications:

Rougeur, sécheresse et fatigue oculaires, travail prolongé

Composition : Hyaluronate de sodium, glycérine, extrait de feuille de *Malva sylvestris*, extrait de fleur de *Chamomilla recutita*

phosphate de sodium unbasique,
chlorure de sodium, chlorite de sodium
hydroxyde de potassium, eau purifiée.

OPHTALMED
PPC
74.00 DHS

~~Hyaluronic Acid sodium salt, Glycerin, Extract of Malva sylvestris leaf, Extract of Chamomilla recutita flower, Sodium phosphate dibasic, Sodium phosphate monobasic, Sodium chloride, Sodium chlorite, Potassium hydroxide, purified water.~~

التركيز: هي الورنات الصوديوم غليسيرين، مستخلص ورق الخبازة البرية، مستخلص

هيلاري توكيمب: هيالوريات الصوديوم، غليسرين، مستخلص ورق الخازنة البرية، هستاصلن هر البالونج الطلق، فووصفات الصوديوم

شهر البايونيز الألماني، فوسفات الصوديوم

كloror الصوديوم، كوريت

میراث ورثیہ

10

3 770008 240162

FANG15FFA-I-20V1