

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETÉS

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0007808

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : 150810 RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED

Date de naissance : 21-01-1984

Adresse : CHERAF RUEI ARTI IM. 82 OULFA CASA

Tél. : 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 3979,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/2023

Nom et prénom du malade : Malika Belantani Age : 70

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : correction optique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 14/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
14/09/23	CS	-	300 DH	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Groupe K. R. 194 N° 25/25 EL Oulfa - Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 I.C.E : 00050024600000	14/09/23	179,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

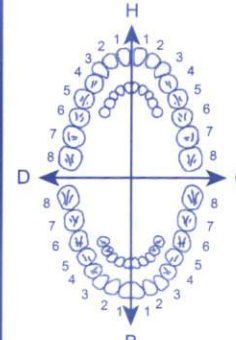
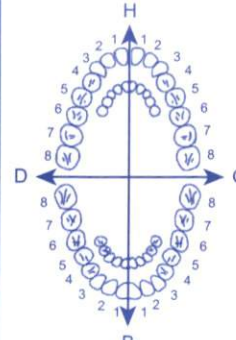
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
 Opticienne 102 Bis, Rue 5016 - Mly Abdellah Ain Chock - Casablanca AYAD EL KHAOULA INPE : 095023958	22/09/23					360,00 DHS

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne du CHU Ibn Rochd
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ أغسطس

Casablanca le

14 février 2023

Mme BELANTARI Malika

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets

VL : OD = + 1.00 (- 1.00 à 100°)

OG = + 0.25 (- 1.00 à 80°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 3.00

OPTIVE FUSION COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et au besoin, dans les deux yeux

K-one Optic
Opticien
102 Bis, Rue 50 Hay Mly Abdellah
Ain Chock - Casablanca

Dr. Rafik Ilyass
Ophtalmologiste
Espace Bureau Lina 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca
Tél : 05.22.10.12.57

Dr RAFIK ILYASS
OPHTALMOLOGISTE
ADULTES ET ENFANTS



د. إلياس الرفيق
طب و جراحة العيون
للکبار و الصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne du CHU Ibn Rochd
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ أغسطس

Casablanca le

14 février 2023

Mme BELANTARI Malika

Euro Médic
Distributeur Exclusif

OPTIVE FUSION COLLYRE

PPC : 179,00 DH TTC

1 goutte 3 fois par jour et au besoin, dans les deux yeux

Tél : 05 22 10 12 57 / 06 63 65 68 04
Espace Bureau Lina 1er étage - Casablanca
Espace Bureau Lina 1er étage - Casablanca
Dr. Rafik Ilyass
Ophtalmologiste

PHARMACIE OUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

☎ 05.22.10.12.57

☎ 06.63.65.68.04

✉ dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)

عمارة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)



FACTURE: N° 0001697

Casablanca la: 22/02/2023
Mr (e): BELNTARI Mahi Me
N° de Nomenclature: 327 / 327
Docteur: RAFIR Elhass

Monture: Organique		1000,00
Verres: Progressif JR		
Vision de loin: Organique		
OD +1,00 (1,00 à 100°)		1250,00
OG +0,25 (-1,00 à 80°)		1250,00
vision de pres :		
OD		
OG		
ADD: +3,00		
	TOTAL	3500,00

Arrêtée la présente la facture à la somme de :

Three mille Cinq Cents DA