

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O 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 - Tel : 05 22 20 45 45 - LGJ - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-807575

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6022 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : BOU TBA HASSAN
 Date de naissance : 25/06/1959
 Adresse : Residence LAKHOUICHI 4° App. n° 4 12 Etage
CASABLANCA HAÏ YAKOUB E CASABLANCA 20090
 Tél : 06 77 11 86 23 Total des frais engagés : 304,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2023

Nom et prénom du malade : BOU TBA Comilia Age : 03/07/2006

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

Nature de la maladie : Nyctopie + Amblyopie

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 : 05/07/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
20/06/2023	5		280 DH	 Dr. BOUKSIM M. BOUKSIM OPHTALMOLOGISTE Bd. Oum Rabii Res. Al Firdaous Imm. L30 - 2eme Etage Oulfa - Casablanca Tél : 0522 814 111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE TILILA de d'Aménagement H H 47 N° H Hay Laymou - Hay Hassani 022 93.86.84 - Fax:022.93.87.15	20/06/23	54,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

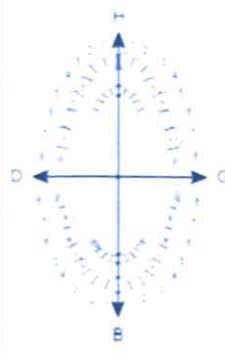
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

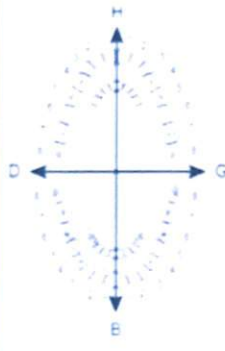
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement caninaires ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/>
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> <div> <div>155,33412</div> <div>30000000</div> </div> </td> <td> <div> <div>21433552</div> <div>30000000</div> </div> </td> </tr> <tr> <td>G</td> <td> <div> <div>30000000</div> <div>30000000</div> </div> </td> <td> <div> <div>11433552</div> <div>30000000</div> </div> </td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	D	<div> <div>155,33412</div> <div>30000000</div> </div>	<div> <div>21433552</div> <div>30000000</div> </div>	G	<div> <div>30000000</div> <div>30000000</div> </div>	<div> <div>11433552</div> <div>30000000</div> </div>	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H											
	D	<div> <div>155,33412</div> <div>30000000</div> </div>	<div> <div>21433552</div> <div>30000000</div> </div>											
	G	<div> <div>30000000</div> <div>30000000</div> </div>	<div> <div>11433552</div> <div>30000000</div> </div>											
	B													
			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

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الذكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

اللايزر....

Casa le : **20 Juin 2023**

Mlle BOUTIBA Camilia

54,10

LARMABAK: collyre



1 goutte 3 fois/jour et à la demande pendant 1 mois

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement L.H. 47 N° H
Hay Laymoun - Hay Hassani
Tél: 022 93.86.84 - Fax: 022 93.87.15

Dr. BOUKSIM M.
OPHTALMOLOGISTE
3d. Oum Rabii Rés Al Firdaus
Immeuble L30 - 2ème Etage
Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11