

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Angie 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° W21-785442

169114

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 20 20 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ASS. DDi Ka MO HAMED

Nom & Prénom : ASS. DDi Ka MO HAMED

Date de naissance : 1950

Adresse : AP03 IMM17 Lot ASSABA ASSAOUIRA EL JADIDA

Tél. : 069959 9596 Total des frais engagés : AP Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/07/23

Nom et prénom du malade : ABOUD RARE + JJA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : oct maculaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-785442

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
14/07/23			1000,00	INP : 09/10/30/21

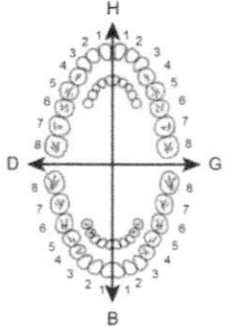
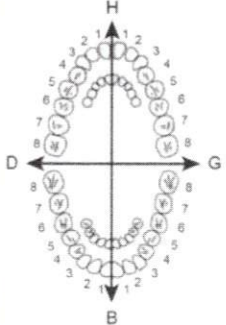
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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	INP : <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. ALOUTA Nadia

Ophtalmologiste

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

Angiographie rétinienne - laser - OCT

Strabologie - Glaucome

Contactologie

Diplômée du CHU ibn rochd casablanca

Diplôme de contactologie du CHU bordeaux - france



الدكتورة ألوطة نادية

إختصاصية في جراحة وطب العيون

جراحة المياه البيضاء

جراحة المسالك الدمعية

علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

علاج الحول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم العدسات من كلية الطب بوردو فرنسا

Essaouira le : 14/07/23 Mr / Mm : ABDOLARE BJA

Compte rendu OCT
papillaire

	OD	OG
- Epaisseur RNFL		
Sup	156	147
Inf	145	132
Nasal	116	103
Temporal	82	78

- % vertical OD 0,77
OG 0,72

CAT Patient à surveiller + surveillance

شارع العقبة - إقامة جوهرة موكادور - بلوك D رقم 6 - قبالة التكوين المهني الصويرة

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr

Dr . ALOUTA Nadia

Ophtalmologiste

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

Angiographie retinienne - laser - OCT

Strabologie - Glaucome

Contactologie

Diplômée du CHU ibn rochd casablanca

Diplome de contactologie du CHU bordeaux - france



الدكتورة ألوطة نادية

إختصاصية في جراحة وطب العيون

جراحة المياه البيضاء

جراحة المسالك الدمعية

علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

علاج الحول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب إن رشيد بالدار البيضاء

دبلوم العدسات من كلية الطب ببوردو فرنسا

Essaouira le : 14/07/23

Bon de Reglement

Reçu de MR/MM : ABou DRARE TJJA

La somme de : 1000,000 (mille de zéro)

Pour : Oct maculaine

شارع العقبة إقامة جوهرة موكادور - بلوك D رقم 6 - قبالة التكوين المهني الصويرة

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr