

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-816607

176505

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 087		Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Farys ABDELLAH			
Date de naissance : 03/08/68			
Adresse : 10000			
Tél. : 06 548 3338		Total des frais engagés : 2600 Dhs	

Autorisation CNLP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 15/09/2023			
Nom et prénom du malade : Farys ABDELLAH			
Age: 55 ans			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire			
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

Signature de l'adhérent(e) :

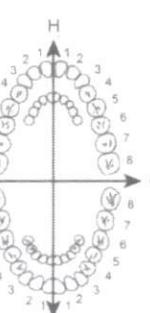
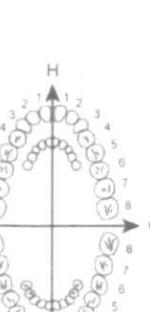
Le : 22/09/2023



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
15/09/23	C.S		2500F	INP 091264507
				Dr Bounzeza GASES D'ABYSSES Tél: 05 22 29 26 43

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Point Presse	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Des Dattistes Dr. AYAN ZINEB Nasrallah Nasrallah Lot Nasrallah Assistance : 0322 28 28 60	15/09/2023	1947.00

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

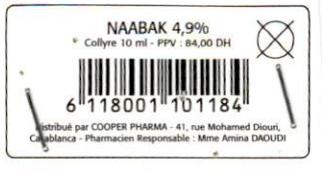
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DEBUT D'EXECUTION																
		FIN D'EXECUTION																
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
		H	25533412	21433552														
		D	00000000	00000000														
		B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

- Ex-médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



- طبيبة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة
- بكلية الطب بالرباط

15 septembre 2023



Mr. ABDELALI Faris



NAVIBLEEF: mousse pour les paupières

1 massage des paupières le soir au coucher; coton + mousse, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

$$90,00 \times 2 = 180,00$$

ص ١٨٠

LEVOPHTA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pen

$$84,00 \times 2 = 168,00$$

ص ١٦٨

1 gte x 3/ j, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

$$179,00$$

ص ١٧٩

1 gte 3 - 4fois /j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

$$269,00 \times 5 = 1345,00$$

ص ١٣٤٥

1 قب الـ 5 ج ١٣٤٥



الساحل 2 . رقم 19. الطابق الثاني. دار يوعزة - الدار البيضاء - DR NASROUNI OPTICAL LABORATORY
ar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)
3 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

navibler®

FRAMATOPHARMA

PVC : 90,00 D

RE









