

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0034322

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7201 Société : 1

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LABAD Amina

Date de naissance : 11.12.1963

Adresse : Royal Air Maroc

Tél. : 0663082587 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2024

Nom et prénom du malade : LABAD Amina Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1. FEV. 2024

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 : CAIR Le : 02/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
02/02/24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.02.24	145.000

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	P C	I M	I V	
	02/02/24					3300

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

LUNETTES EL HANAA

نظارات الهناء

Souk Ennajd Derb Ghallef

N° 509

Patente : 34717241

سوق النجد درب غلف

الرقم 509

البانتت - 34717241

DATE : 02.02.2024

N° 018500

NOM : LABAD

PRENOM : AMINA

- DOCTEUR : B. ENNAJDA KHAJAJA

PRIX

- NOMENCLATURE : N°

OD : AXE 90 CYL -1.00 SPH 1.00

VL

OG : AXE 90 CYL -1.00 SPH 1.00

ADD : 2.50

OD : AXE CYL SPH

VP

OG : AXE CYL SPH

Vérres : org. de An

Monture : opt. de

Facture Arrêtée à la somme de : trois mille

trois mille

900

3300

LUNETTES EL HANAA
Souk Ennajd Derb Ghallef
Tél : 05 22 89 27 09
CASA BLANCA

Dr. BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte - Strabisme - Glaucome
- Contactologie - Angio - OCT - Laser
- Chirurgie de la myopie : Lasik - Smile

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca

Sur rendez-vous - الزيارة بالموعود

الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- العدسات اللاصقة - تصوير الشبكية
- جراحة تصحيح البصر : لازيك - سمايل

الطب المثلي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

02 février 2024

Casablanca, le :

Mme LABAD AMINA

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 2.00 (- 1.00 à 90°)
OG = + 1.75 (- 1.00 à 90°)

VP : ODG = Add : + 2.50

145.00

1/ AQUALARM UP INTENSIVE

1 goutte 5 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

ZENITH Pharma
PPC: 145,00 DH

02/02/24

T = 145.00 DH

02
02
24

PHARMACIE HAJ FAZEL
M. TAHERI
RUE OULFA
Casablanca - Tél: 05 22 89 36 20

~~DR. BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologiste - Homeopathe
Lot 10 - 11 selouane ad Oued
Melouia N°33-Oulfa - Casa
Tél: 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36~~

~~L. NETTES El Hanaa
3100 Bens Challa N°509
05 22 98 27 05
CASABLANCA~~