

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° W21-822378

Maladie Dentaire Optique Autres
 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0715 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENCHEKRONE Mohamed 201049
 Date de naissance : 01-07-1948
 Adresse : 19 Rue Al Yasmine Hay Erraha OASA
 Tél. : 06 715 43864 Total des frais engagés : Dhs

AUTORISATION CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Malika BOUKSIM**
 OPHTALMOLOGISTE
 Bd Oufi Rabii Rés. Al Firdous
 Imm L30. Etage 1. Oufi - Casablanca
 Tél. 05 22 91 41 11
 07/02/2024
 B. ENALI NGAT
 Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : cornée et ptosis presbytie
 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 : OASA Le : 03/04/2024

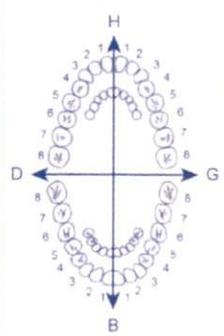
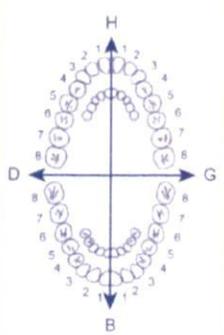
Signature de l'adhérent(e) :

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
07/02/24	C		220,87	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7.10.24	50,60

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	

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'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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 <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الطبيكة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر....

Casa le : **07 février 2024**

Mme BENALI Najat

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques
Antireflets**

Vision de loin :

OD = - 3.00 (- 0.75 à 20°)

OG = - 3.75

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaous Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 91 41 11

COOPER PHARMA

PPV: 50,60 DH

3T11
10 2023
09 2025

**Pharmacie Des Clubs
Dr ESSAADOUNI Yasmine
18 Rue Annasme- Beausejour
Casablanca- Tél: 0522 36 26 32**

AL FIRDAOUS OPTIQUE SARL
EL AZIZI EL IDRISSI HICHAM
Opticien Optométriste
Av. Oum Errabia Imm. GH 26 A Magasin N 02L.030
Hay EL Oulfa Casablanca. Tel: 052293801268
INPE: 095001889

Dr. Malika BOUKSIM
OPHTALMOLOGISTE
30 Oum Rabii Rés. Al Firdaous
Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11
INPE: 0111881111



**Pharmacie Des Clubs
Dr ESSAADOUNI Yasmine
18 Rue Annasme- Beausejour
Casablanca- Tél: 0522 36 26 32**

AL FIRDAOUS OPTIQUE SARL
EL AZIZI EL IDRISSI HICHAM
Opticien Optométriste
Av. Oum Errabia Imm. GH 26 A Magasin N 02L.030
Hay EL Oulfa Casablanca. Tel: 052293801268
INPE: 095001889