

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-847711

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3682 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SBTI ICAMM

Date de naissance : 06/07/1959

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0661181904 Total des frais engagés : 2683 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 / 03 / 2024

Nom et prénom du malade : ALAOU FOUZI RADIA Age :

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

Nature de la maladie : Affection Oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 29 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent :

PR4FR05/V2 / 20-10-2023

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
27/03/24	C.S		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/24	933,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

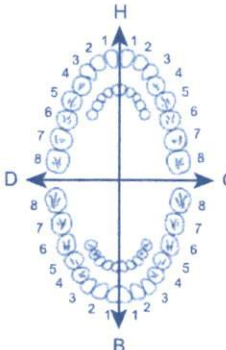
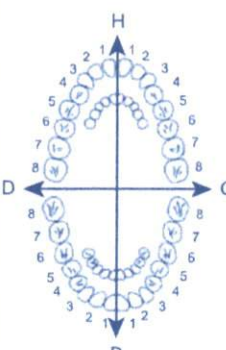
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Opticienne Autométriste	24/4/24					1200,54

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
																																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td><td colspan="2" rowspan="10"></td></tr> </table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D			G	00000000	00000000			35533411	11433553			B				
	H																																
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D			G																													
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
	[Création, remont, adjonction]				Montant des Honoraires																												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



CASABLANCA LE : 24/03/2024

Reçu

Mr /Mme : ALAoui Fdili Badia

LA SOMME DE : 500,00

ACTE REALISE : Consultation

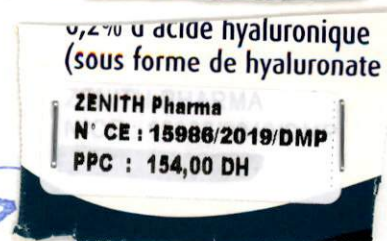
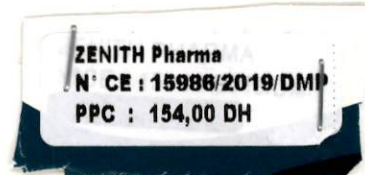
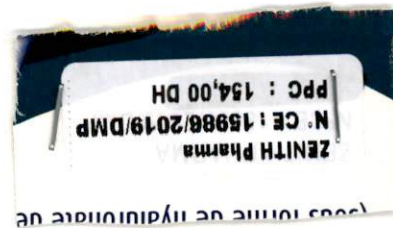




CASABLANCA EYE CENTER

27 mars 2024

Mme ALAOUI FDI LI Badia



15700 X3 THEALOSE

1 goutte x 4 par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

15400 X3 AQUALARMES unidoses

1 goutte x3/j 24 la dosette , pendant 3 Mois

933,00

PHARMACIE ALAOUI FDI LI
12, Rue d'Ifrane, Hay Salam C.I.L.
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 99 33 77 / 05 22 99 33 77





27 mars 2024

Mme ALAQUI FDILI Badia

Monture pour vision de près + verres correcteurs Organiques Antireflets multi-couches

Vision de près :

OD = + 3.00

OG = + 1.50 (- 0.25 à 165°)

GAMOTIC
Mme. Alaoui
Opticienne Automéliste
82, Bd. Abi el Wajid, Casablanca
Tél : 05 22 98 95 46 /




GAM 'OPTIC

CASABLANCA LE : 24/04/2024

FACTURE : 80- 2024
DOCTEUR : DR RAISS

NOM : ALAOUI FDILI
PRENOM : BADIA

	LOIN	OD : OG :
	PRES	OD : +3.00 OG : (165°-0.25)+1.50
1 MONTURE		400
2 VERRES ORGANIQUES BLANC AMINCI 1.6+TRAITEMENT ANTI_REFLET BLEUE	OD : 400 OG : 400	800
		1200

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE DEUX CENT DIRHAMS

82, BD ABDELMOUMEN. ANGLE RUE SOUMAYA .CASABLANCA
TEL 0522 98 95 46 - FAX 0522 98 95 47 - Email: gamoptic@yahoo.fr

RC 265 552 - **PATENTE** 34772352 - **IF** 42504630

ICE 000449480000001 - **CNSS** 600416

INPE 095005120

