

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Maladie :

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

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° P19-0035811

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0401 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MORREDINE SAID
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0522985494 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																			
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montant des soins <input type="text"/>																		
				Début d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																			
			Fin d'exécution <input type="text"/>																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				

VOLET ADHERENT	NOM : NORREDINE	Mle 0401
DECLARATION N°	P17/0040487	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	2035,65	2
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		Cachet MUPRAS



P17/ 0040487

DATE DE DEPOT
 / / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0401	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom NORREDINE Said			
Fonction Retraité	Phones 0522985494		
Mail norredinesaid@yahoo.fr			
MEDECIN	Prénom du patient NORREDINE MERYEM		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 21 ans	Date 14/09/2019	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
correction l'occlusion + Allerg - 			Signature du médecin
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
14/09/19	5	2008	
PHARMACIE	Date 17/09/2019		
Montant de la facture			
de: 14.09.19 1724,- 112,6524			PHARMACIE AN ARCAL 126 (Ex 43) Rue Don Perignon France Ville - Casablanca Tel: 05 27 98 54 93
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
			CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
			CACHET

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

اللايزر

Casa le :

14 Septembre 2019

Mlle NOREDDINE Meryem

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

OD = (- 0.50 à 83°)

OG = + 0.25 (- 0.50 à 97°)

ZENITH PHARMA

PPC: 35,95 DH



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

**Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI**

1/ ZALERG

1 gtt 2fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

2/ PHYSIODOSE 12 UNIDOSES 5 ML

lavage oculaire en cas de démangeaisons, les deux yeux

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMETRIE
404, Av. Abdelhassane Doudia
Tél: 05 22 28 70 77 - Fax: 05 22 80 18 36

AL ANBAROUSSIA
Rue Ram Perignon
126 (EX 101) - Casablanca
France Ville II
Tél: 05 22 80 86 93

Dr. Bouksim M.
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaous Imm. L30 - 2ème Etage
Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11

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

Tél.: 05 22 91 41 11

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji

Idrissia 1 - Casablanca

Tél. : 05 22 28 70 73

Fax : 05 22 80 18 36

Patente : 33664052

C.N.S.S : 23561145

R.C. : : 20 47 88

IF : 02520198

ICE : 001823017000027

INP : 095004081

FACTURE

N° 0002586

Casablanca, le

17/09/2019

M

NOREDDINE MERYEN

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur Boukchir

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin {		Prés {		D.F. {	
	O.D. =	O.G. =	O.D. =	O.G. =	O.D. =	O.G. =
	12	12	✓	✓	✓	✓

FOURNITURE :

1 Montures : 0804

700,- 700,-

2 Verres : mylite pho

512,- 1064,-

TOTAL :

1764,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

ni le sept cent
vingt quatre 00

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE AUTOMAT
404, Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1
Tél. 0522 28 70 73 - Fax : 0522 80 18 36 - Casablanca