

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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, parodontologie 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.

Logique 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.

Educational :

- 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.

Prothésaire :

- 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° P19-0048545

N°D:
16093

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1586 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BELYASMINE Abdallah
 Date de naissance : 11/02/1952
 Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA 66
 VILLE VERTE BOUSKOURA / CASA
 Tél. : 0665034436 Total des frais engagés : 386 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 DEC 2019
 Nom et prénom du malade : B. E. P. Yasmine A. B. D. Appah Age : 03 JAN 2009
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Herpes
 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 : CASA Le : 09 / 12 / 2019
 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
19 DEC 2019	CS		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/19	# 136,10 #

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	

RELEVÉ DES FRAIS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte...

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature Spins



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN

Date de première ouverture / تاريخ فتح صندوق لأول مرة

41,10

LARMES ABAK 0.9%
Collire 10 ml - PVV : 54,10 DH

6 11800 1 100958

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diour, Casablanca - Pharmacie Responsable : Mme Amina Daoudi

Titulaire / Exploitant
Détenteur de la DE
LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Bléret
63017 CLERMONT-FERRAND
CEDEX 2
FRANCE

المالك / المستثمر / صاحب طور الصيدية
THEA
مخبر تيا
12 شارع لويس بليروت
63017 كليرمونت فرانك
فرنسا

6 11800 1 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diour, Casablanca
Pharmacie Responsable:
Mme Amina Daoudi
PPV : 41,00 DH

Fabriquant
FARMILIA THEA FARMACEUTICI S.P.A.
Via E. Fermi, 50
20019 SETHIMO MILANESE (MI)
ITALIE

المصنع
تيا فارماتيك س.پ.ا.
فيلا E فيرمي 50
20019 سثيمو ميلانيزي (م.ي)
إيطاليا

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS

Titulaire / Exploitant
Détenteur de la DE
LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Bléret
63017 CLERMONT-FERRAND
CEDEX 2
FRANCE

المالك / المستثمر / صاحب طور الصيدية
THEA
مخبر تيا
12 شارع لويس بليروت
63017 كليرمونت فرانك
فرنسا

6 11800 1 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diour, Casablanca
Pharmacie Responsable:
Mme Amina Daoudi
PPV : 41,00 DH

Fabriquant
FARMILIA THEA FARMACEUTICI S.P.A.
Via E. Fermi, 50
20019 SETHIMO MILANESE (MI)
ITALIE

المصنع
تيا فارماتيك س.پ.ا.
فيلا E فيرمي 50
20019 سثيمو ميلانيزي (م.ي)
إيطاليا

VISA ET CACHET DU PRATICIEN



le lundi 9 décembre 2019

Monsieur BELYASMINE Abdallah

- Valaciclovir
1 comprimé le soir
A renouveler sous réserve
d'un bilan rénal et hépatique trimestriel correct

- 41,00 x 2 / 82,00
- Gel Larmes
1 goutte le soir : dans l'oeil droit
A renouveler

- 54,10
- Larmabak : dans l'oeil droit
1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil droit
A renouveler

Total = 136,10

Tel : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء
511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Visite virtuelle du centre sur Google Search, Google Maps et Google Plus

