

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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0034376

Maladie Dentaire Optique 130803 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02182 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENBOUTA MAÏKA

Date de naissance : 05-07-57

Adresse : Salvia 2 - Rue 1 - Imm. 195

Appt 4 - CASABLANCA

Tél. : 07 07 11 22 62 Total des frais engagés : 4300 Dhs 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 : Affection longue durée

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) : / / /

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
16/03/2022		2	300	

D.D.BBADALOUCHA
O.D.H. TALMOUL
3408607547958
INPE 061179347

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

Optique ABDO
Remise
Opticien Optométriste
Bd. L'Amédée N. City Djamaa
Casablanca - Tel: 0522 39 12 05

D.D. BOUABDO
O.D.H. BOUABDO
3408607547958
INPE 061179347

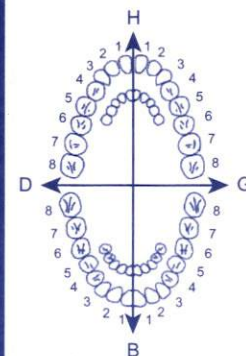
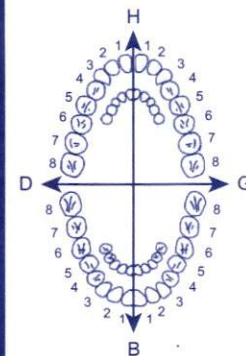
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			B	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																
D			B																
00000000	00000000	35533411	11433553																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



Chirurgienne Ophtalmologiste

إختصاصية في امراض و جراحة العيون

DIU de cornée de la faculté de médecine de pierre et marie Curie de paris

دبلوم جامعي في جراحة القرنية كلية الطب باريس

DIU de chirurgie réfractive et de phacoémulsification de la faculté de médecine de Bordeaux

دبلوم جامعي في الجراحة الانكسارية كلية الطب بوردو

DIU de contactologie de la faculté de médecine de Bordeaux

دبلوم جامعي في العدسات اللاصقة كلية الطب بوردو

DIU de chirurgie vitréo rétinienne de la faculté de médecine de Dijon

دبلوم جامعي في امراض الشبكية كلية الطب ديجون

Casablanca, le :

16. 09. 2022

Nom :

Mme Boudenta Nodica

1) verres + Monture pour VL

OD = - 2,75 (- 1,25 à 100°)

OH = - 1,25 (- 1,25 à 80°)

2) Addition VD OGG = + 2,75

Optique ABDO

Opticien Optométrice

Bd. Lahraoulis N° 37 City Dharaa

12 05

Antihellat

Dr BADA HOUDA
OPHTALMOLOGISTE
340 Bd Tah CASABLANCA
Tél: 061179347

OPTIQUE ABDO

RAHIMI

Facture N° :	715/22
Fait à casa le :	20/09/2022
A Mr/Mme :	BENBOUTA MALIKA
Docteur :	HOUDA BADA

	LOIN	Prés	DF	PR
OD				522
OG				522

Fournitures

		PRIX
Monture	MONTURE OPTIQUE	800
VERRES	OR AR PRG PHG	3200

Correction

OD	OG	ADD
(-1,25 à 100)-0,75	(-1,25 à 80)-1,25	2,75
Total (TTC)	4000	ESPECES



249 BD LAHRAOUINE CD JAMAA Casablanca. Tel:06 31 48 00 78 -Patente : 33813332 -RC : 367738 - IF:49213332 ICE:000968120000029