

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0029558

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.

Reprise :

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

clamation : contact@mupras.com
se 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 personnelles.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL IMAM EL AAOUI Abdellah

Date de naissance : 01.06.1947

Adresse : 236, Bd Abd el Kader CASA

Tél : 0612873188 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) :

MUPRAS

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRE

Le praticien est tenu de présenter la date traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canalaire, ainsi que le bilan de l'OPD.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des											
 SOINS DENTAIRES GROUPES 1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8 1.9 1.10 1.11 1.12 1.13 1.14 1.15 1.16 1.17 1.18 1.19 1.20 1.21 1.22 1.23 1.24 1.25 1.26 1.27 1.28 1.29 1.30 1.31 1.32 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10 2.11 2.12 2.13 2.14 2.15 2.16 2.17 2.18 2.19 2.20 2.21 2.22 2.23 2.24 2.25 2.26 2.27 2.28 2.29 2.30 2.31 2.32																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire H <table border="1"> <tr> <td colspan="2"> SOINS DENTAIRES GROUPES 1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8 1.9 1.10 1.11 1.12 1.13 1.14 1.15 1.16 1.17 1.18 1.19 1.20 1.21 1.22 1.23 1.24 1.25 1.26 1.27 1.28 1.29 1.30 1.31 1.32 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10 2.11 2.12 2.13 2.14 2.15 2.16 2.17 2.18 2.19 2.20 2.21 2.22 2.23 2.24 2.25 2.26 2.27 2.28 2.29 2.30 2.31 2.32 </td> <td> 25533412 00000000 00000000 35533411 </td> <td> 21433552 00000000 00000000 11433553 </td> <td> G </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> (Création, Renforcement, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> </table>				 SOINS DENTAIRES GROUPES 1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8 1.9 1.10 1.11 1.12 1.13 1.14 1.15 1.16 1.17 1.18 1.19 1.20 1.21 1.22 1.23 1.24 1.25 1.26 1.27 1.28 1.29 1.30 1.31 1.32 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10 2.11 2.12 2.13 2.14 2.15 2.16 2.17 2.18 2.19 2.20 2.21 2.22 2.23 2.24 2.25 2.26 2.27 2.28 2.29 2.30 2.31 2.32		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	(Création, Renforcement, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
 SOINS DENTAIRES GROUPES 1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8 1.9 1.10 1.11 1.12 1.13 1.14 1.15 1.16 1.17 1.18 1.19 1.20 1.21 1.22 1.23 1.24 1.25 1.26 1.27 1.28 1.29 1.30 1.31 1.32 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10 2.11 2.12 2.13 2.14 2.15 2.16 2.17 2.18 2.19 2.20 2.21 2.22 2.23 2.24 2.25 2.26 2.27 2.28 2.29 2.30 2.31 2.32		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G												
(Création, Renforcement, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
VOLET ADHERENT		NOM <i>EL IZIMAM ALAOUI</i> MIE <i>3230</i>														
DECLARATION N° W18-399092																
Date de dépôt		Montant engagé		Nombre de pièces jointes												
				3 pièces												
Durée de validité de cette feuille est de (à) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																



W18-399092

DATE DUE @ DEPT

...../201..

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : EL IMAAM ALAOUI FATIMA

Fonction : Retra. 12 | Phones. 06.18873188

Mail el.mamabdelaziz@gmail.com

MEDECIN _____ Prénom du patient **Fatima**

Adhérent Conjoint Enfant

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des

200,000,000 μ m^2 hr^{-1} atm^{-1}

PHARMACIST Date 19/09/1997

Montant de la facture

ANALYSIS - RADIOGRAPHY

Désignation des Montants détaillé des Honoraires

AUXILIARIS MEDICAUX

Nombre Montant de la/les
heures

101 88-2271

Open Date: 3/3/12/136

BC:409976

ICB:001/8212/00049

Docteur M. M. BENKIRANE

الدكتور بن كيران

Diplômé de la Faculté de
Montpellier

Maladies et Chirurgie des Yeux
Membre de la Société Française
d'Ophthalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C. : 05 22 22 15 41
C. : 05 22 20 10 15



خريج كلية الطب بمونبولي
أمراض وجراحة العيون
عضو للجمعية

الفرنسية لأمراض العيون

1, شارع الجيش الملكي الدار البيضاء

05 22 22 15 41
05 22 20 10 15

Casablanca, le : 12/9/2019

N° EL INATI ALTOVI Sabine

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL Loubna
Lotissement Al Andalou Lot. N° 39
Rue 25 N° 27 Casablanca
Tél. 05 22 20 10 15

+ Malien
+ subbyll

L+ ON + 0,10
OC vu

VV one out + 3,10

132,60 + 2,265,90
- Novanjan. 2,60

54,10 x 4 = 216,40
- Lamine 2,60

150,00 x 3 = 450,00
- Hydral 1,00

68,00 x 3 = 204,00
- Lamine 2,60

20,80 x 2 = 41,60
- Sulcal 1,00

1127,20 1127,20

BEKIRANE M.M.

Ophthalmologue

05 22 20 10 15 05 22 20 10 15 41

M. Benkiran

EL IMAM EL ALOUJI 3 & 30

ROVAMYCINE 3MUI
CP PEL B16
P.P.V : 132DH60

ROVAMYCINE 3MUI
CP PEL B16
P.P.V : 132DH60

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

251276 -

150,00

150 DH.

251276 -

150,00

150 DH.

251276 -

150,00

150 DH.

RIMA PHARMA
PVC : 68,00

RIMA PHARMA
PVC : 68,00

RIMA PHARMA
PVC : 68,00

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH

Optique Douskati

نظارات دوسكاتي

Souk Ennajd Derb Ghallef N° 1 - Casablanca

سوق النجد درب غلف رقم 1 - البيضاء

FACTURE

Casa le

12/2/142

Patente : 34712750

Nº 0006477



NOM : EL MAMAKATONI

PRENOM : FAIMA

DOCTEUR M. M. B ENKIRANE

PRIX

VL	OD : AXE	CYL	SPH	1000 -
	OG : AXE	CYL	SPH	1000 -
VP	OD : AXE	CYL	SPH	
	OG : AXE	CYL	SPH	
Verres	OD : AXE	CYL	SPH	
Monture	OD : AXE	CYL	SPH	1000 -
Facture Arrêtée à la somme de :	OD : AXE	CYL	SPH	3000 -