

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



Déclaration de Maladie
M22- 0045308

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 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

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

Maladie Dentaire Optique Autres

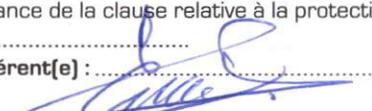
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350 Société : R A M
 Actif Pensionné(e) Autre : BELCAIDA/NAJAT
 Nom & Prénom : KHIRZOU LAHCEN 206300
 Date de naissance : 1960-1-1
 Adresse : SIDI MAAROUF N°957121 APCAIRA
 CA
 Tél. : 0664062290 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 13 / 05 / 2024
 Nom et prénom du malade : BELCAIDA NAJAT 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 16 / 05 / 2024
 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
13/05/24	G		300DH	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet Pharmacie]</i>	13/05/24	625,80

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	
<i>[Signature]</i>	16/05/2024					3400,00

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



ORDONNANCE

13 mai 2024

Mme BELCAIDA NAJAT

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.50 (- 0.75 à 120°)

OG = + 1.25 (- 0.75 à 90°)

VP : ODG = Add : + 2.75

Dr. BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste
Panorama Office, Immeuble 13,
1er étage, Bureaux 2, Bd Abou Bakr El
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

MOTAS M. SIHAM
KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
44, Bd Abdellah Sedouk, Dar el
Tél 0522 58 15 86 - Fax 0522 80 18 36
Casablanca

KADER OPTIQUE

N°005735

OPTICIENNE-OPTOMETRIE

CNSS : 23561145

404 ; Av abdellah senhaji

RC : 20 47 88

Idrissia 1-Casablanca

ICE : 01823017000027

Tele : 05 22 28 70 73

INPE : 095004081

FAX : 05 22 80 18 36

IF : 02520198

PATENTE : 33664052

DATE : 16/05/2024

MME BELCAIDA Najat

Désignation	Qte	PriX uni	Valeur	TVA
UNE MONTURE	1	1000	1000	20.0
OD:VERRE ORGANIQUE ANTIREFLET PROGRESSIF	1	1200	1200	20.0
OG:VERRE ORGANIQUE ANTIREFLET PROGRESSIF	1	1200	1200	20.0
CORRECTION :				
VL: OD:+1.50(-0.75A120°)				
OG:+1.25(-0.75A90°)				
ADD=ODG:+2.75				
1TOTAL	3		3400.00	

TOTAL HT	TOTAL TVA	TOTAL TTC	A COMPTE	A PAYER
2833.33	566.67	3400.00	3400.00	0.00

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétinienne de Paris



مان بوزيان
بون

صيدلة بالدار البيضاء
مض شكية العين
LOT: A23D14
PROD: 04/2023
EXP: 04/2026

ORDONNANCE

13 mai 2024

Mme BELCAIDA NAJAT

84,80

OPATANOL: COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, p

HYE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mo

LCA CONTOURS DES YEUX

une application le soir , pendant 1 Mois

(109,00 x 2)

323,-

T = 625,80

LOT 0191223
2025 12
PPC DHS 109,00

6 118001 0
Laboratoires Sott
Opatanol 4mg/ml co
Flacon de 5ml
AMM Maroc N°96R
PPV : 84.80 DH

LOT 0191223
2025 12
PPC DHS 109,00

PHARMACIE DAOUSSI
Dacryi Achiu
Docteur Pharmacie
38, Lot Al Mahabia Sidi Maarouf
Casablanca
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
Dr. BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste