

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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-449764

46800

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12277		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BEN BELAID Daenia			
Date de naissance : 1975			
Adresse : Habtuelle			
Tél. : 0662771538		Total des frais engagés : 1335,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 08/10/2020			
Nom et prénom du malade : BEN BELAID Daenia Age 45 ans -			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : AFFIC			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 - Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 08/10/2020



RELEVE 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
08/01/2020	CE 02		300	INP : 020522949166-C65 007, Boulevard de l'Industrie OPTICIEN

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
 PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIRE DJ Nacida 15-16 Rue Hassan II - Résidence Ambassadeur Casablanca - Tél: 0522 79 79 01	8/10/2020		1035,60

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				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			
	H	G		<input type="text"/>
	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Docteur Saida EL ALAOUI

Ophtalmologiste

Ancienne interne et attachée au
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le jeudi 8 octobre 2020

Madame BENBELAID Dounia

2260

- FLUCON COLLYRE fl



1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 5 jours

179,-

- OPTIVE FUSION



1 goutte à la demande

139,00 x 6

- XILOIAL ZERO



1 goutte x 4 / j 6 mois dans les 2 yeux



1180263
OPTIVE FUSION UD
Solution à usage ophtalmique
Unidoses 0,4 ml - B/30

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 Dhs

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
207, Bd. Zerkouni - Casablanca
Résidence Zerkouni - Casablanca
Tél. 012 79 79 01

Dr. EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 06 22 94 91 66

PPC 139,00 DH

LOT 0421420
 22204

HYLO • Gel

PPC 139,00 DH

LOT 10319
 202103

PPC 139,00 DH

LOT 0421420
 22204

Docteur Saida EL ALAOUI
Ophtalmologiste
Ancienne interne et attachée au
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris
Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي
طب العيون
طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني
لطب العيون 15-20 بباريس
خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le jeudi 8 octobre 2020

Madame BENBELAID Dounia

RAPPORT MEDICAL

Je soussignée certifie que Mme BENBELAID DOUNIA
présente une sécheresse lacrymale nécessitant un traitement
continu à vie . (XILOIAL ZERO OPTIVE FUSION)

[Handwritten signature of Dr. Saida EL ALAOUI]
Dr. EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél. 06 22 22 22