

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M23-008242

164781

nde du conjoint 2009

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 204.8 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mr BENCHERIF Sidi-faïd

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. 0661453762

Total des frais engagés : #309.185 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 MAI 2023

Nom et prénom du malade : BENCHERIF SIDISAIN

Age : 71 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Ophtalmologique

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 : Casablanca

Le : 28/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12 MAI 2023 | Consultation | Gratuit | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 27/11/23 | 309,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 :

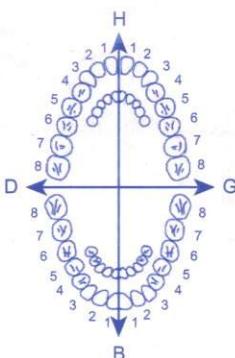
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Mohammed Berrada

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد براادة

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

27 MAI 2023

Casablanca, le

BENCHERIF Sidi Saïd

Time course collage



18th x 21st x

some

QDG

M3.50 x 3
309.00

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTHALMOLOGISTE
104, Bd. Abdelloumen, Rue Acapulco
Tél : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

Tel/Fax : 0522 27 65 80
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
4 bis, Rue Rezgui / Bd. Abdelloumen

Mme. SEKKAT Lalla
Pharmacie LIAS M

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104 مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء

Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd. Abdelloumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 - الهاتف : berrada.hamid@gmail.com

Timor
COMOD®

0,5 %

sans conservateur

STERIPHARMA

AMM: 592/18 DMP/21/NRQ

PPV : 103,00 DH



URSAPHARM

10 ml de collyre
A instiller dans
le cul-de-sac
conjonctival

Timor
COMOD®

0,5 %

sans conservateur

STERIPHARMA

AMM: 592/18 DMP/21/NRQ

PPV : 103,00 DH



URSAPHARM

10 ml de collyre
A instiller dans
le cul-de-sac
conjonctival

Timor
COMOD®

0,5 %

sans conservateur

STERIPHARMA

AMM: 592/18 DMP/21/NRQ

PPV : 103,00 DH



URSAPHARM

10 ml de collyre
A instiller dans
le cul-de-sac
conjonctival