

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

202809

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 4151 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUNKDOUR

Brahim

Date de naissance : 1/1/1949

Adresse : CASA

Tél. : 06 63 47 18 51

Total des frais engagés : 22 AVR 2026 Dhs

Dr. Dalila SBA (URISI)
Orthopédiste
84, Bd Mly Dsiss 1er
Tél: 05 22 86 06 06
INPE: 091033100

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 AVR 2024

Nom et prénom du malade : KHELAOUINET Radi du Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection récurrente, 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 : CASA

Le : 27/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : Bouchra



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
05 AVR. 2024	Cent. 67			DR. DAHIR SBAT IDRASSI Ophthalmo-lingiste 84, Bd M' Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Cygnes Mme. LAHICHI SHALIA 256, Boulevard de l'Oasis Tél: 05 22 98 86 17 - Casablanca	5/04/2024	214,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

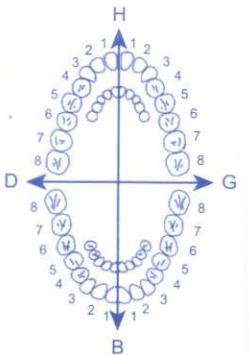
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

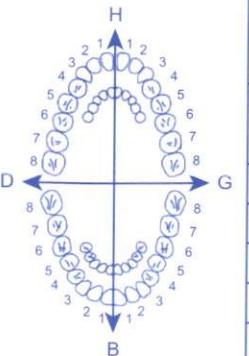


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

◆ Ophtalmologiste

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

جراحة الساد (الجلالة)

Laser - Lentilles de contact

بالموجات فوق الصوتية

Phacoémulsification - Strabologie

تحطيط الشبكية الوعائي

Chirurgie réfractive

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le

5/4/2014

KATELAVINET Rachid

Azyter 1's

12 18He x 21J x 3J Anet 7J

18He x 21J x 3J Anet 7J

18He x 21J x 3J Anet 7J

18He x 21J x 3J Anet 10J

18He x 21J x 3J Anet 11J

18He x 21J x 3J Anet 27J

Dexe free

7W 18He x 4J x 18m

18He x 3J x 18m

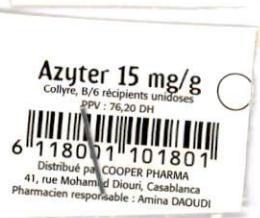
18He x 2J x 18m

لا يزيد عن تاريخ الفحص

Centre des Cygnes
LAHRICHI SAMIA
17, Casablanca
Tél: 05 22 86 06 06 - GSM: 06 62 77 77 56

Coneregel

1g/10ml x 10ml



Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd My. Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06