

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.

N° W21-619410

93541

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5009

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Regragui Rachid

29-06-1961

Date de naissance :

Adresse :

Imme 28 - capit - 5 - moulfa miane

Tél. : 0522 9353 74

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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.

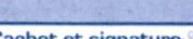
Fait à :

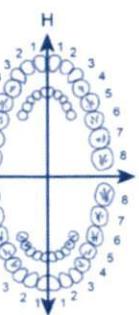
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25 NOV. 2021



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Salma</i>	02.09.21	5410
<i>Salma</i>	07.10.21	39

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	02/11/2024	Nombre + 2 venu organiques actif/les programmés			6760,00

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
				INP : <input type="checkbox"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعسیم مليکة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر....

Casa le : **02 Septembre 2021**

Mme BELKAID Zoubida

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets**

VL :

OD = + 0.25 (- 0.50 à 176°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 150°)



2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

54.10

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux 1 Mois

54.10

**Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30^{er} étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11**

**Dr. BOUKSIM M. HABDERRAHMANE
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Res. Al Firdaus
L 30^{er} étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11**

PHARMACIE SALMA
SALMA
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15
CASABLANCA

Tél : 0522895772

14/10/2021

MME BELKAID ZOUBIDA

FACTURE N° : 15325

du 14/10/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1G CP	14,00	14,00	7%
1	BETADINE PH2 SOL FL 125 ML	25,00	25,00	7%
Total TTC				39,00

PPV:14D€00
PER:08/24
LOT:K2186

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TRENTE NEUF DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	36,45	2,55	39,00
		36,45	2,55	39,00



KRYS opticien



095017083

FACTURE : BELKAID ZOUBIDA

02/11/2021

DESIGNATION

QTE

PRIX

MONTURE OPTIQUE	1	2500.00 DHS
-----------------	---	-------------

| VERRES ORGANIQUES ANTIREFLETS PROGRESSIFS | 2 | 4260.00 DHS |
| TOTAL : | | 6760.00DHS |

FACTURE ARRETEE A LA SOMME : SIX MILLE SEPT CENT SOIXANTE DHS TTC

ANFAPLACEVISION ANFAPLACEMALL Bd la corniche 20000 Casablanca Tel : 0522796469 Mail : Krysanfa@gmail.com
RC.232839 PATENTE.36393452 IF.40259283 CNSS.8690738ICE : 000166846000032

APV
Opticien Optométriste
MALL ANFA PLACE
ANFA CASABLANCA
N°16 RDC
Krys
25.79.64.69