

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7838	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMAROUCHÉ KHALID			
Date de naissance : 27/01/1967			
Adresse : 2 RUE CASCO GNE RES EL MOKLILLAH - EL OUAIS - MTK			
QUARTIER DES HOPITAUX - CASA BLANCA			
Tél. : 06 61 69 13 66	Total des frais engagés : — 593,20 —	Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. Dalila SBAI IDRISI	
Ophtalmologiste	
84, Bd Mly Driss 1er	
Tél: 05 22 86 06 06	
INPE: 091033100	
Date de consultation : 06 JAN 2023	
Nom et prénom du malade : AMAROUCHÉ ALI	
Age: _____	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Age	
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 BLANCA**

Le : **06/01/2023**

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
05 JAN. 2023	ct	u	3000	INP : INPE. 091033100 Dr. Dalila SBAI IDRISI Ophtalmologue 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);">PHARMACIE JARDIN ISCOU</p> <p>Dr. Samia EL MOSALAMI</p> <p>13 Bis. Rue de Rome Rés. Nora</p> <p>Lancala - Tél.: 022 29 545</p>	06/12/23	293,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

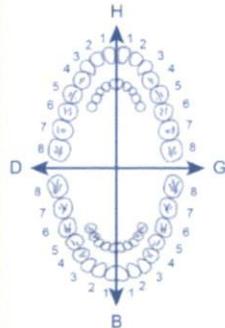
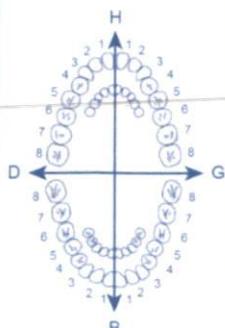
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B 11433553			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الرعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 06 janvier 2023

Enf. AMAROUCHE Ali

90,70 ₣

OPATANOL: COLLYRE



une goutte x 2 par jour pdt 2 mois

35,70 ₣

TOBRADEX COLLYRE



1 goutte x 4 par jour pdt 4 jours

1 goutte x 3 par jour pdt 4 jours

1 goutte x 2 par jour pdt 4 jours

1 goutte par jour pdt 4 jours

76,10 ₣

CORNEREDEL



une application généreuse le soir au coucher pdt, pendant 1 Mois

dans les deux yeux

T = 293,20 ₣

PHARMACIE JARDIN ISESU
Dr. Samira EL MOSALAMI
13 Bis, Rue de Rome Rés. Nora
Casablanca - Tel.: 022 23 75 45

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophthalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tel: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص