

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : 155072
Nom & Prénom : Bendaoud Khalid
Date de naissance : 22 11 1974
Adresse : /
Tél. : 0662125858 Total des frais engagés : 1550 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /
Nom et prénom du malade : BENDAOUD Mohamed YASSINE
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : affection oulai
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.
Fait à : Casablanca Signature de l'adhérent(e) :
Le : 01/03/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TRAIS 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
01/03/23	CS + s/taacol		250	Dr. V.P. OUI A PAIEMENT FAIT Ophir Almohamed C68 384 Bd. Abdellah Ben Ali 05 22 38 4

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, 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

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



**اختصاصية أمراض
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

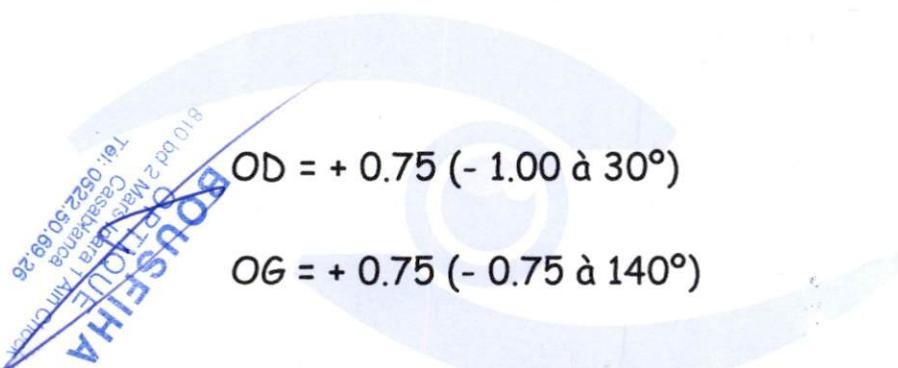
جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : 01 mars 2023 في :

Enf. BENDAOUD Mohamed Yassine

Monture pour enfant + verres correcteurs



OD = + 0.75 (- 1.00 à 30°)

OG = + 0.75 (- 0.75 à 140°)

Dr. ZRYOUIL Merieme
52, Bd. el Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

96



FACTURE

052

CLIENT(E) : BENDAOUD MOHAMED YASSINE

DATE : 03/03/2023

PRODUITS	QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE	1	700	700
VERRE ORGANIQUE AR	2	300	600
OD +0.75 -1.00 30			
OG +0.75 -0.75 140			
-----	-----	TOTAL TTC	1300

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE TROIS CENTS DHS TTC

BOUSHFIHA
OPTIQUE
810 Bd 2 Mars Inara 1, Ain chock –Casablanca
Tél. 0522 506 926 / 0526 102 788-Email :
bousfihaoptic@hotmail.com- Code INPE : 095008868-ICE : 001079040000064-Patente : 34025046-IF : 51061020 -
RC : 309466-N°SGG15270