

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 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

- 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-791431

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : MUS8	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : TEKBOUT Hind f. 16/11/19	
Nom & Prénom : TEKBOUT Hind f. 16/11/19			
Date de naissance : 24/10/31 1954			
Adresse :			
Tél. : 2516312023 Total des frais engagés : 100000			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DR. LAMIDI Basma OPHTALMOLOGISTE Rés. Normandie 2, Angle Av. Nice et Bd. Mohamed Sidi Hassar 1er Elg. N°1 Bourgogne - Casablanca Tel: +212 3 62 06 63 77 / 0522 36 02 36 </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/10/23			
Nom et prénom du malade : SERRAR RITA INES Age : 9			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint LIEN DE PARENTÉ : AFFECTION OCULAIRE <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE			
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **ACCUEIL** Le : **/ /**

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
25/03/23	CS	1	300 DH	INP : 11111111 INPE : 291282731

EXECUTION DES ORDONNANCES 291282731

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Matoune 2 Rue Matoune Elifran Racine Tél 0522 388 222 ICE: 000 13 33 000014	08/04/23	1. Denture	+	2. Dent	2200	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

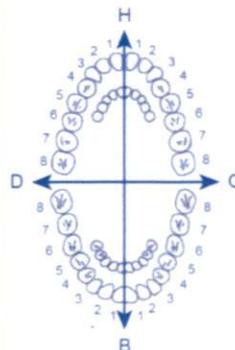
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 11111111
				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
B	35533411	11433553
G		



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

MATUVUE

Pour voir et être vu...

Casablanca, le 08/04/23.

Mme SERRAR Rita Ines

FACTURE ACQUITTEE F23/162

INPE :



095000618

PRESCRIPTION : DR Hamidi Bous LE 25/03/23

MONTURE	Swing	800 dr
VERRES	égaux et aménagés fabrication fait india	500 dr
+6,00 (-1,50) / LS	OD : verre 1,67 blanc (atelier)	700 dr
+6,00 (-1,25) / LS	OG : verre 1,67 blanc (atelier)	700 dr
TOTAL		2200 dr

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Deux mille deux
cent du moins

MATUVUE

32 Rue Ibn Yaala El Ifrani - Racine

Casablanca - Tel: 0522 30 84 43 - 0522 12 80 84

Tel: 0522 30 84 43 - 0522 12 80 84

ICE: 000514333000014

Dr. Hamidi Basma

Ophtalmologiste

Diplômée de la faculté de médecine
de Casablanca

Ancien Interne Du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Chirurgie de la Cataracte - Chirurgie Réfractive
Kérotocône - Lentilles de Contact - Chirurgie des Voies
Lacrymales - Maladies de la Rétine - Échographie,
OCT et Lasers



الدكتورة بسمة حميدي
طب وخارجية العينين

جامعة كلية الطب والجراحة بالدار البيضاء

طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
جراحة البلالة - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - العدسات
اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير
الشبكية - الليزر

25 mars 2023

Enf. SERRAR Rita Ines

ISOTEARS

lavage oculaire 2 fois par jour matin et soir et au besoin devant toute irritation oculaire , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

LEVOPHTA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour matin et soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

📞 +212 662 06 63 77 📞 05 22 36 02 36 📩 drhamidibasma@gmail.com

📍 Résidence Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd. Mohamed sijilmassi, 1er étage,
N°1 Bourgogne - Casablanca

Dr. Hamidi Basma

Ophtalmologiste

Diplômée de la faculté de médecine
de Casablanca

Ancien Interne Du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Chirurgie de la Cataracte - Chirurgie Réfractive
Kérotocône - Lentilles de Contact - Chirurgie des Voies
Lacrymales - Maladies de la Rétine - Échographie,
OCT et Lasers



الدكتورة بسمة حميدي
طب وخارجية العين
جامعة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

جراحة البلالة - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - العدسات
اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير
الشبكية - الليزر

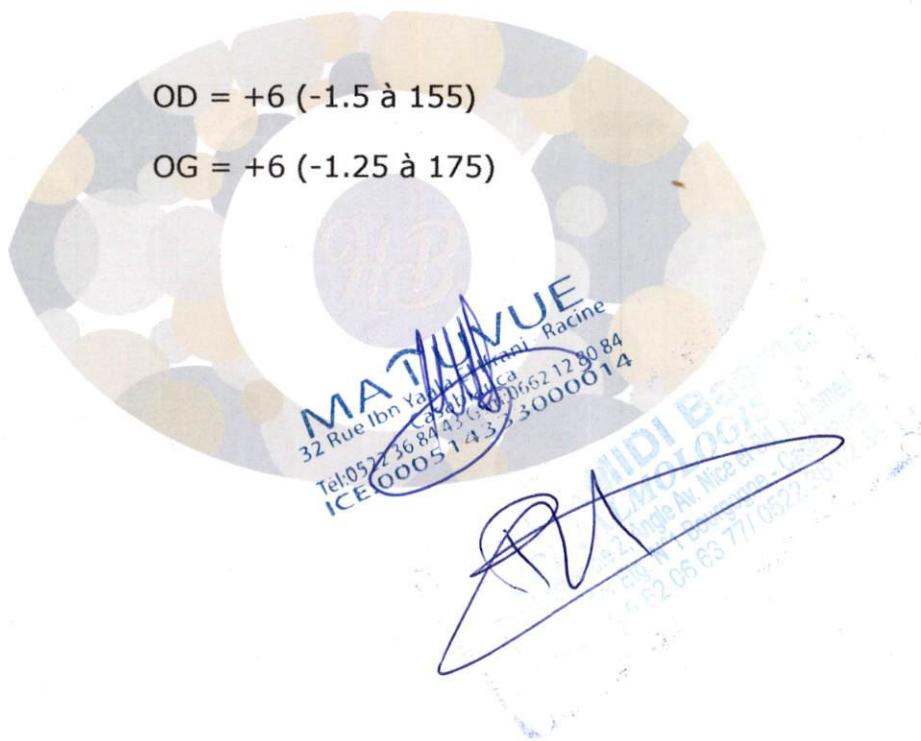
25 mars 2023

Enf. SERRAR Rita Ines

Monture pour enfant + verres correcteurs

OD = +6 (-1.5 à 155)

OG = +6 (-1.25 à 175)



📞 +212 662 06 63 77 📞 05 22 36 02 36 📩 drhamidibasma@gmail.com

📍 Résidence Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd. Mohamed sijlmassi, 1er étage,
N°1 Bourgogne - Casablanca