

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.

N° W21-805465

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12519	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BONNACHA BHITA
Nom & Prénom : A71104			
Date de naissance :	10/04/85	Adresse : 17, lot 170 Excellence, Dar Bonazga	
Tél. :	06 30696123	Total des frais engagés :	Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	17/05/2013	Nom et prénom du malade : LAZRAK YASSINE Age: 28 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous le sceau 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 :	Casab		
Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 04/08/2013			



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
17.02.23 CS		—	Cont.	INP : 091625353 

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

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.				
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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> <input type="text"/> <hr/> <input type="text"/> <input type="text"/> <hr/> <input type="text"/> <input type="text"/> <hr/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



LASER VISION

الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophthalmopédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 17-05-23

Patient : **Enfant LAZRAK Yassine**

MONTURE / VERRES INCASSABLES ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : + 0,50

Oeil Gauche : + 4,50

Alacoptic
OPTIC MEGABORE MAROCCO MAL
Centre Commercial Marocco Mall Local L 104BA
Route Hassan II à la Corniche Ain Diab
Télé 05 22 79 85 79 Fax 05 22 79 66 79
Tél 05 22 79 85 79 Fax 05 22 79 66 79
Tél 001 346 36000097



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca

• Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophtha@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

OPTIC MEGASTORE MOROCCO MALL
Centre Commercial MOROCCO MALL
Local L 1.048A la corniche Ain Diab
CASABLANCA
ICE 001346360000097

MR LAZRAK YASSINE

FACTURE N : 23/3428
DATE : 07/07/2023

Désignation	Qté	Prix TTC
MONTURE OPTIQUE	1	1000.00
VERRE CORRECTEUR	1	1250.00
VERRE CORRECTEUR	1	1250.00
Total TTC		3500.00
Total HT	Total TVA	Total T.T.C
2916.67	583.33	3500.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE TROIS MILLE CINQ CENT DH TTC

OD : +0,50
OG : +4,50

Alam optic
OPTIC MEGASTORE MOROCCO MALL
Centre Commercial Morocco Mall Local L 1048A
Rez de Chaussée à Corniche Ain Diab
Tel. 05 22 79 66 79 Fax 05 22 79 66 79
ICE 001346360000097