

# 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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

N° W21-780115

176869

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1633

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KANDRI RODY Abdellmalek

Date de naissance :

01/07/1950

Adresse :

ERRAÏMA VILLA DES PRES N°180  
DAL BOUAZZA

Tél. :

06 71 40 20 13

Total des frais engagés : 1351,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

KANDRI - RODY Abdellmalek

Nom et prénom du malade :

Lui-même       Conjoint       Enfant

Lien de parenté :

Age :

Nature de la maladie :

AFI OUL FOUIRE

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 :

DRACQUEIL A

Signature de l'adhérent(e) :

EZ



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèche et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/08/23 CS			39	DR. BENJAMIN DE CAPELLO - FELIX - PAUL - CLINIQUES DES PAVILLONS SAINT-GEORGES
30/08/23 CS	CH		44	DR. BENJAMIN DE CAPELLO - FELIX - PAUL - CLINIQUES DES PAVILLONS SAINT-GEORGES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES TERASSES MARINES Route AZEMOUR Ras Terasses Mar El Bouazza - Casablanca Tel: 06 22 20 10 81 SARL LES MARINES SARL LES MARINES	23/08/2023	15789.60 861.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Décret, Désignature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

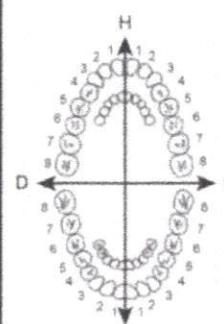
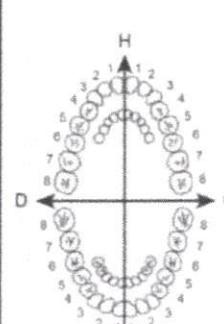
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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'ODC.

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

**OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA**



مختبر العيون  
للدرار البيضاء

**Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact**



PT230823120019

Casablanca le .....  
**23 aout 2023**

**KANDRI RODY ABDELMALEK**

99,70

**OPATANOL**



1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1

72,10

**DEXAFREE**



1 goutte le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

94,00

**XAILIN HA: COLLYRE**



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

= 261,80

~~Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL AU  
Route AZEMOUR Ras Terrasses Marines  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tel : 05 22 29 10 87~~



**OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS**

**Dr A.BENKIRANE**  
Ophthalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca  
Tél : 0522.25.71.71 (M.G) - Fax : 0522.25.11.15  
INPE : 091029432

**Urgence 24/24**

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



**Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact**



PT230823120019

Casablanca le : .....  
**30 août 2023**

**KANDRI RODY ABDELMALEI**

XOLAMOL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 MOIS  
RENOUVELABLE

ALPHAGAN 0.2 %

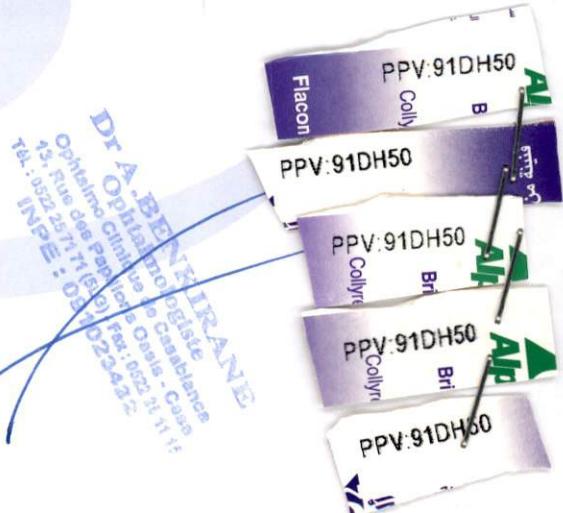
1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 MOIS  
RENOUVELABLE

-789,60

~~Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL A.  
Route AZEMOUR Rés Terrasses Mar...  
Dar Boudza - Casablanca  
Tel: 05 22 29 10 87~~



Fab: 01	23	/
Exp: 01	25	/
P.P.V : 110 DH 70		/
Exp: 02	24	/
P.P.V : 110 DH 70		/
Fab: 01	23	/
Exp: 01	25	/
P.P.V : 110 DH 70		/



**Urgence 24/24**



**BON DE REGLEMENT**

Casablanca le : 03/08/23

Reçu de M. KAWDNI... N.A.DY... Abdelemelk  
La somme de : TROIS Cent Dirhams  
300 DHS

Pour : CONSULTATION

**Cachet et signature**

Dr A.BENK RANE  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca  
Tél.: 0522.25.71.7 (Sect) - Fax : 0522.25.11.15  
INPE : 021023432

**Urgence 24/24**