

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.

M23-0029935

186 001

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02601** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **M'BIRKOU Mohamed-Naji**
 Date de naissance : **07/01/1938**
 Adresse : **35 COURS DES SPORTS**
 Tél. : **0662 512154** Total des frais engagés : **10.10.50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : **03/10/2023**
 Nom et prénom du malade : **M'BIRKOU Mohamed-Naji** Age : **86**
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **CLAVICULE**
 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.



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 : **CASABLANCA** Le : **03/10/2023**
 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
1-3 OCT 2023	2	2	300,00	Docteur BEKIR ABDALLAH Ophtalmologue 0522 20 10 15 - 22 15 41 Bleibury

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE CH ale Bd Fernand Fourroux Feme ca - Tél. 05 22 25 00	31/10/2023	710,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIGRAPHIQUES			
Chèque et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. M. BENKIRANE

Diplômé de la Faculté de
Montpellier
Maladies et Chirurgie des Yeux
Membre de la Société Française
d'Ophtalmologie
1, Av. des F.A.R Casablanca
Tél. : { C. : 05 22 22 15 41
 { C. : 05 22 20 10 15



الدكتور بن كيران

خريج كلية الطب بمنبولي

عضو للجمعية

الفرنسية لأمراض العيون

١، شارع الجيش الملكي الدار البيضاء

الهاتف: عيادة: { 05 22 22 15 41 | 05 22 20 10 15 }

Casablanca, le : 3/10/2023

3/10/2023

110,70- X3	Xalamul	Conf one ! stn at n	(4 flamm) S1
98,20	Xalamul	Conf one ! stn at n	(4 flamm) S1
140,10x2	Travertinum A Vismecial	Conf one ! stn at n	(4 flamm) S1
NR →	Lamaball	Conf one ! stn at n	(4 flamm) S1
<hr/>		6 Yr	Xulot
<hr/>			
710,50			

PHARMACIE GHAFIRI

2, Angle Bd Terrains de Sport,
Rue Abourrous & Ferme Bretonne
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

NR = Non ~~non~~ measurable

Docteur BEKKANE M.M
Ophthalmologue
Tél.: 0522 20 10 15 - 02 15 41

زنلامول®
Xolamol®

Lot: AA 03 12
Fab: 01 23
Exp: 01 25

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®
Xolamol®

Lot: AC 03 10
Fab: 03 23
Exp: 03 25

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®
Xolamol®

Lot: AC 03 19
Fab: 03 23
Exp: 03 25

P.P.V : 110 DH 70

LOT/EXP.:
GJ4180
GJ6704
07/2025

- LAPROPHAN -
PPV: 98DH20
Flacon

→ Rupture en pharmacie
Remplacé par

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH