

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 canaux, 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 canaux.

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.



196075 Smr
ADU

Déclaration de Maladie : N° P19-0002149

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4290 Société : Ram.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : HAMDAOUI 72 Date de naissance : 01/06/1948
Adresse : Hay Moumen N° 229 Mohammedia
Tél. : 0766044726 Total des frais engagés : 6200 + 98,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 Fevr 2024
Nom et prénom du malade : CHAÏ Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
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'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 : Demene Le : 10 Fevr 2024
Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
10 Fevr 2024			200.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10/02/24

89.500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

12/02/2024

600.000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

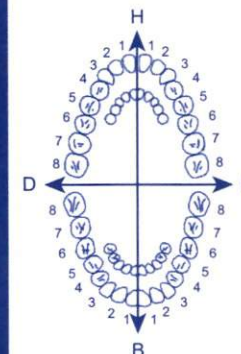
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

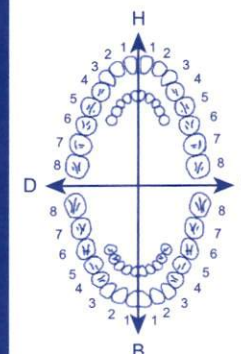
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE META

Monture optique é solaire

Khalid Jamal
opticien optométriste

Lotissement Daroua N°634-4



بصريات ميطا

النظارات البصرية والشمسية

تجزئة الدروة رقم 4-634

Jamal : 06 62 78 06 43

Date: 12/02/2024 FACTURE N° 007951

Monsieur (Mme): CHAJI Mina

Monture :

Verres :

VL :

OD :

OG :

VP :

OD :

OG :

Total:

Arrêtée la Présente Facture à la somme de:

RC : 24978 - LF : 50664340 - TP : 55802248 - IPE : 065032658

ICE : 002966266000032

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine -
Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers -
Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
القرنية المخروطية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية
تصوير الشبكية . الليزر

ORDONNANCE

10 février 2024

Mme CHAJI Mina

89,50

OCUYAL C

1 gtte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

PHARMACIE OUSSAMA AICHA
DR. Fouzi youness
LOT DEROUA N°338 DEROUA
TEL : 05 22 51 49 56
INPE : 082103445

PHARMACIE OUSSAMA AICHA
DR. Fouzi youness
LOT DEROUA N°338 DEROUA
TEL : 05 22 51 49 56
INPE : 082103445

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste
Fix 05 22 03 11 11
Lotissement Nabila Makhoul N°338 338
Lotissement Nabila

📍 Lotissement Nabila, Makhoul N°338, étg N°2 - الطابق الثاني - 338 رقم 338، تجزئة نبيلة

☎ 05 22 03 11 11 ✉ rachaelbakkal@gmail.com



ORDONNANCE

10 février 2024

Mme CHAJI Mina

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
antireflets photochromique

VL : OD = + 0.50 (- 1.50 à 41°)

OG = + 0.50 (- 2.25 à 150°)

OPTIQUE META
Khalid Daroua
Opticien - Optométriste
Lotissement Daroua - N°634-4

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : OD = + 3.25 (- 1.50 à 41°)

OG = + 3.25 (- 2.25 à 150°)

RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste
Nabila Mathisuf N°338, étg N°2-Daroua
05 22 03 11 11