

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 Abdallah - Béma Etage Angle Rue Mohamed Elvin et Rue Allal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge



Déclaration de Maladie

W21-843341

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13104 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JDII IMANE
Date de naissance : 25/07/1989
Adresse : Bonkoun, Dian Al Andalouss II, Résidence
Jasmin, Im. 7A, App 16
Tél. : 0661 11 22 19 Total des frais engagés : 492,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAMIDI Basmé
OPHTALMOLOGISTE
Rés. Normandie 2, Angle Av. Nice et Bd. Mohamed
Sijilmassi 1er Etg. N°1 Bourgogne - Casablanca
Tél. : +212 6 62 06 63 77 / 0522 36 02 36

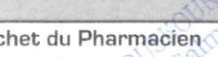

Date de consultation : 23/02/2024
Nom et prénom du malade : JDII IMANE Age : 34
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 23/02/2024

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	23/02/2024	192.70

[illegible]

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

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Soins

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

D

00000000

35533411

21433552

00000000

G

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DE DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

0.4% (4 mg/ml)

PPC: 105, 00

Acide hyaluronique réticulé
Crosslinked Hyaluronic Acid

CROSS

LOT

G234209



02/2026

PPV : 69 DH TTC

الدُّكُوْرَةُ بِنَسْمَةِ جَمِيْدِي
ظَبْ وَجَرَاةُ الْعَيْنِ

خِرَاجَةُ كَلْبَةِ الطَّبِّ وَالْقَيْدَلَةُ بِالنَّارِ الْبَيْضَاءِ

طَبِيبَةٌ دَاخِلِيَّةٌ سَافِقَةٌ بِالْمَسْتَشْفَى الْجَامِعِيِّ ابْنِ مَرْشَدٍ - التَّنَازُلِيَّةِ

جراحة الجلالة - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - السادات

اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير

الشبكية - الليزر

23 février 2024

Mme JDII Imane

69,00



ISOMAX LAVAGE OCULAIRE

1 lavage 2 fois par jour matin et soir, dans les deux yeux

CROSS UNIDOSE

1 goutte fois 3 par jour, dans les deux yeux, pendant 10 j

CORRECTOL COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 j

LOT 233066
EXP 09 2026
PPV 18.70 DH

Remonté
dans 10j

Total
= 192,70

Dr. HAMIDI Basma
OPHTALME
Rés. Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd. Mohamed sijilmassi, 1er étage,
N°1 Bourgogne - Casablanca
Tél.: +212 662 06 63 77 / 0522 36 02 36

+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