

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

197047

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 8522 Société : R-A-M

Actif Pensionnée Autre : BAKKI AHMED

Nom & Prénom : BAKKI AHMED Date de naissance : 20-08-1964

Adresse : Avenue MED II

Tél. : 0667386339 Total des frais engagés : 1381

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07-02-21 Nom et prénom du malade : BAKKI BENA

Lien de parenté : Lui-même Age : Enfant :

Nature de la maladie : *visc. de peau*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *29 FEB 2021*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un pli confidentiel à l'adjudicataire 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* Le : *27/02/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
09/12/24	C		300,00	RETOUR DE CHÈQUE DU 05.12.24 EDGÉE S. BÉZIAT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Signature du Pharmacien ou du titulaire	Date
PHARMACIE LAYALI Docteur A. S. CHABOUBA LAYALI N° 38 Berrechid TEL: 05-22-32-42-30	21/02/2024

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

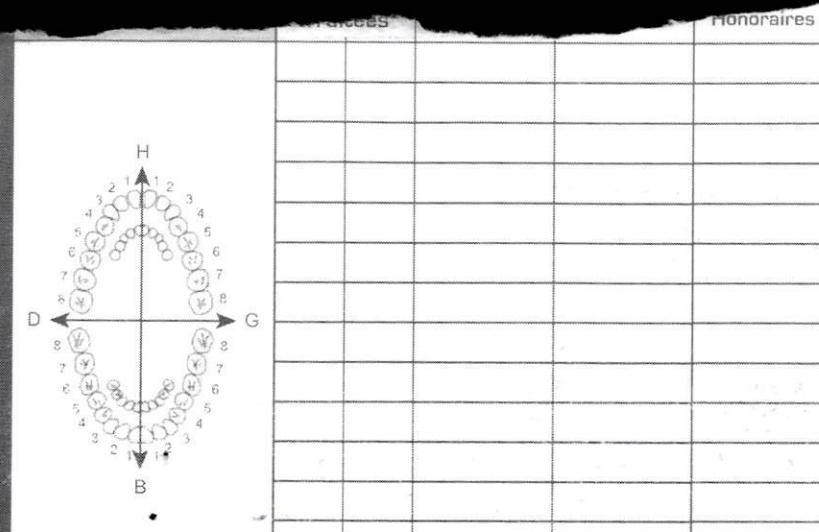
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIC TWO SISTER'S BD EL MOUNA HAY MANDAR EL JAMIL BERRECHIO 05 22 33 72 28	12/02/26					900,00 DT

VOLET ADHERENT

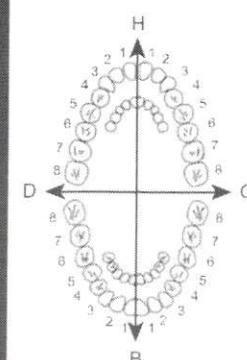
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في

أمراض و جراحة العيون

07 février 2024

Mlle BAKKI Loubna



OPATANOL: collyre cl

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

1 = 1.81.40

PHARMACIE LAYALI
alha Smaïa CHABOUBA
Docteur en Pharmacie
LAYALI 2 N° 95 Berrechid
TEL: 05-22-82-42-30

Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE
48, Bd Mokhtar El Mrabet - Berrechid
(au-dessus de Snack Istanbul)
Tél.: +212 5 22 03 54 95

48, Boulevard Mohamed V - étage 2 (Au-dessus de Snack Istanbul) - Berrechid - Maroc

Tél. : +212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - docteurbenotmanefz@gmail.com



07 février 2024

Mlle BAKKI Loubna

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 5.00 (- 1.50 à 175°)

OG = - 4.50 (- 2.25 à 170°)

OPTIC TWO SISTER'S
BD EL MOUNA HAYMANDAR
EL JAMIL BERRECHID
05 22 33 72 28

Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE
Ophtalmologue
Boulevard Mohamed V étage 2 (Au-dessus de Snack Istanbul) - Berrechid - Maroc
Tél. : +212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - docteurbenotmanefz@gmail.com



DATE :	12/02/2024
CLIENT :	BAKKI LOUBNA
FACTURE N° :	57/2024

QTE	DESCRIPTION	PU (TTC)	MONTANT (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	300.00	300.00
2	VERRES INCASSABLES +ANTIREFLETS	300,00	600.00
		TOTAL HT	1166.00
		TVA	234.00
		TOTAL TTC	900.00

CORRECTION :

VL :

OD:-5.00 (-1.50 à 175)

OG:-4.50 (-2.25 à 170)

OPTIC TWO SISTER'S
BD EL MOUNA HAY EL MANDAR
EL JAMIL BERRECHID
05 22 33 72 28

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : NEUF CENT