

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 (sois 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 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.



Déclaration de Maladie

W21-840538

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8522 Société : R-A-M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKKI Ahmed

Date de naissance : 20-08-1964

Adresse : Accorant MED II

Tél : 0667386339 Total des frais engagés : 1381/

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/02/2019

Nom et prénom du malade : BAKKI Ahmed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué les renseignements confidentiels à l'at 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 Le : 07/02/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
07/2/24	C		30051	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispenseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAYALI Docteur CHABBOUBA LAYALI 2 ^e Pharmacie N° 88 Berrechid TEL: 05-22-32-42-30	07/02/2024	181,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

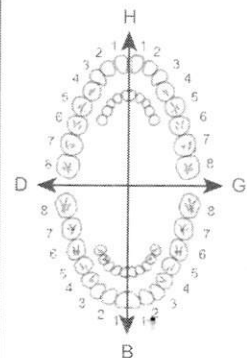
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

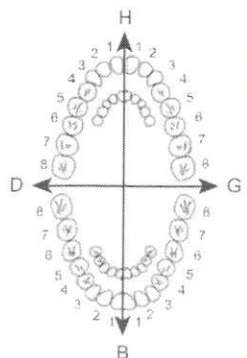
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIC TWO SISTERS BD EL MOUNA HAY MANDAR EL JAMIL BERRECHID 05 22 33 72 28	07/02/2024					900,00 DH

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	21432552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11432553
B	

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

Montant des Honoraires

DES TRAV.

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

COEFFICIE
DES TRAV.

MONTAN
DES SOIN

DATE D
DEVIS

DATE D
L'EXECUT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في
أمراض و جراحة العيون

07 février 2024

Mlle BAKKI Loubna

90, 70 x 2

OPATANOL: collyre cl



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

T = 1.81.40

PHARMACIE LAYALI
aha Sana CHABBOUBA
Docteur en Pharmacie
LAYALI 2 N° 88 Berrechid
TEL: 05-22-32-42-30

Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE
Ophtalmologue
48 Bd Med V Etage 2 - Berrechid
(au dessus de snack Istanbul)
Tél : 05 22 03 54 95



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 SISTERS
BD EL MOUNA HAY MANDAR
EL JAMIL BERRECHID
05 22 33 72 28

Dr Fatim Ezohra BENOTMANE
Ophtalmologue
48 Bd Med V Elagez - Berrechid
(Au dessus de snack Istanbul)
Tél : 05 22 03 54 95



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
CORRECTION : VL : OD:-5.00 (-1.50 à 175) OG:-4.50 (-2.25 à 170)		TOTAL HT	1166.00
		TVA	234.00
		TOTAL TTC	900.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : NEUF CENT

R . C : 15019 – PATENTE : - C.N.S.S : - IF : 50178783 - ICE :0027850000021 INPE:0027850000021
196 BD EL MOUNA HAY EL MANDAR EL JAMIL BERRECHID