

## 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 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 tous les 6 mois.

### 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.

N° W21-708612

132682

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>3349</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BEN NANI, HAFID BRAHIM</b>			
Date de naissance : <b>24-9-1957</b>			
Adresse : <b>3 Rue HAFID BRAHIM AP 3 CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0661186986</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

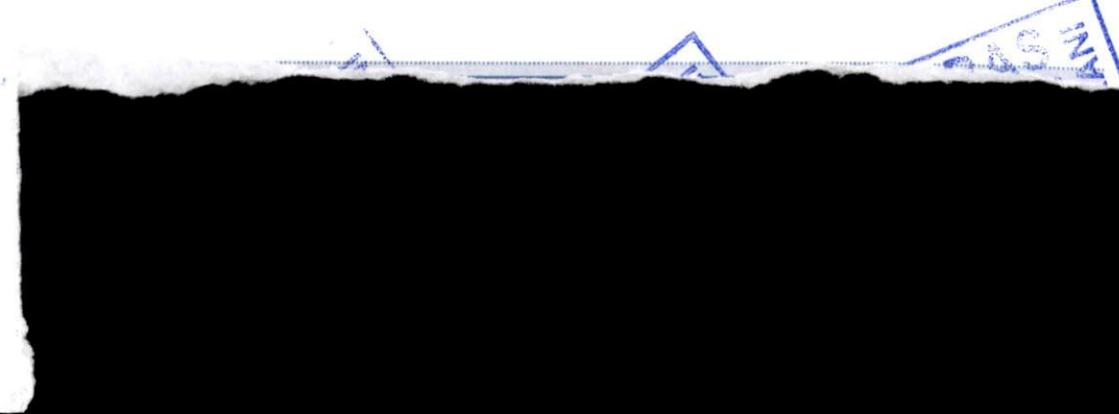
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin	
<b>Docteur CHELLY Chafik</b> <b>Ophthalmodiagnostic</b> 82, Rue Soumaya (imm. Fiat) Quartier des Palmiers - Casablanca Tel : 05 22 23 30 53 / 05 22 25 83 70 05 22 98 47 84 INPE : 091040931	
Date de consultation : <b>10/10/2012</b>	Age : ..... <b>202</b>
Nom et prénom du malade : <b>ROBIMAN RESTIOPA</b>	
Lien de parenté : <b>Lui-même</b>	
Nature de la maladie : <b>Atteinte oculaire droite</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>.....</b>	
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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
06/02/2022	C)	/	Carter	INP : 09104931 Médecin : Dr. Chafik Spécialité : Ophtalmologie Centre : Casablanca Téléphone : 0525 8370 Fax : 0525 8370 Signature : Dr. Chafik

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Lot Guynemer Rue 2, 1320 - Oasis Casablanca 0522 98 19 09	20/10/2011	361,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

## **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

# Docteur CHELLY Chafik

## Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Lentilles de Contact

- Angiographie rétinienne
- Soins au Laser (Argon - Yag)
- Chirurgie Réfractive

6 octobre 2022

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 196.00



LOT U032146 1

EXP 09 2023

PPV 104.40 DH



**TRUSOPT®**  
ترۇسۆپت

20 mg/ml  
20 ملخ/ملل

collyre en solution  
 محلول قطرات للعين  
Dorzolamide  
دورزولاميد

Monsieur BENNANI Mostafa

112,50

### - LOTEMAX COLLYRE

1 goutte, le soir au coucher, dans l'oeil droit, pendant 15 jours

144,10

### - VISMED MULTI COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil droit, pendant 1 mois

S.V

### - TRUSOPT 2 % COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 mois

(04,14) 0

A RV 15 JOURS

361,00

**PHARMACIE BARRA**  
Lot Guyenne Rue 2,  
N°20 - Oasis Casablanca  
Tél: 0522 98 19 09

Docteur CHELLY Chafik  
Ophtalmologiste  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél: 05 22 25 30 53 / 05 22 25 83 70  
05 22 98 47 84  
Télé: 091040931