

## 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° W21-723847

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3618

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN MEZIANE HASSAN

Date de naissance : 07/05/1960

Adresse : 8A, RUE KARACHI CASABLANCA

Tél. : 06 54 07 37 53

Total des frais engagés :

4800,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAFSA SOUKAINA  
OPHTHALMOLOGISTE

Agréé pour le permis de Conduire  
12 Avenue Commandant Driss El harti  
Hôpital Militaire Casablanca  
Casablanca

Date de consultation : 27/07/2022 Casablanca

Nom et prénom du malade : BEN MEZIANE ACHA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection ophthalmologique

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.

Consignation

Le : 05/10/2022

<br>DR HABIB EL HAYANI<br>OPTOMTALMOLOGIST<br>Agréé pour le Permis de Conduire<br>13, Avenue Commandant Dr. M. Ben Ali<br>Rés. Elhayani Etg. 1 N°33 - Casablanca |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIC KLINIK Optique Ophtalmologie Secteur 1er étage	29.08. 2022					4700,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins															
<b>Important :</b>															
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
INP : <input type="text"/>															
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	B	35533411	11433553												
	G														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

**Dr .SOUKAINA FATI**

**OPHTALMOLOGISTE**

**Certificat Médical Pour Permis de Conduire**



**دسلينة فاتي**

**اختصاصية في أمراض و جراحة العيون**

**طبيبة معتمدة لرخصة السيارة**

- Lauéate de la Faculté de médecine de Casablanca

- Ancien interne du CHU IBN ROCHD de Casablanca

- Diplôme en « Surface Oculaire » Université de Brest ,France

- Diplôme « Contactologie » de la Faculté de médecine de rabat

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

- دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا

- دبلوم في العدسات اللاصقة بالرباط

**Casablanca Le :**

**27 juillet 2022**

**الدار البيضاء**

**Mme BEN MEZIANE Aicha**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets amincis ++**

**VL : OD = + 4.00 (+ 1.00 à 0°)**

**OG = + 4.50 (+ 0.75 à 0°)**

**VP : ODG = Add : + 2.50**



**Dr.soukaina@gmail.com- Tél : 05 22 70 03 02 / 08 08 50 36 72**

**13 شارع الصفيدي ادرس الحارثي إقامة الديابي الطابق الأول الرقم 33 - الدار البيضاء**

**13 Avenue Commandant Driss El Harti Résidence Elhayani 1 er étage N°33 Casablanca**

# Optic Khalfi

Opticien Optometriste

N° 3712 Date 02-08-2022

Nom : BEN MEZIANE AICHA

Docteur : SOUKAINA FATI

N° de Facture:

		Prix
VL	OD : $(0^\circ + 1,00)$ +4,00 OG : $(0^\circ + 0,75)$ +4,50	1600,00 1600,00
VP	OD : OG :	
	ODG : addi +2,50	
Verres	Progressifs organiques AntiNCis $\rightarrow$ ANTiREFlets	
Monture	Metal optique	1500,00
	Total :	4700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre mille  
sept cents Dhs.



113 Lotissements echabab 1<sup>re</sup> tranche DEROUA

Patente N° 55802232 / RC: 21012 / IF: 20712014 / ICE: 001844556000086