

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

| | | | |
|--------------------------------|--|---|-----|
| Matricule : | 03396 | Société : | PAR |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | L'HEDDADI abdelouhab. | |
| Date de naissance : | | 19-05-58 | |
| Adresse : | | 16 lot 7 Aoudarona Com. Sidi MAAROUF CASA 20270 | |
| Tél. : | | 0673081985 Total des frais engagés : Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | |
|---|--|
| Cachet du médecin : | Dr. Louïna KHAYAR OPHTHALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca |
| Date de consultation : | 24/07/2022 |
| Nom et prénom du malade : | L'HEDDADI ABDELLOUHAB |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même |
| Nature de la maladie : | Affection oculaire |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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'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 : OKA

Le : 24/10/22

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21 SEP. 2022 | | 2 | 300 | <p>Dr. Louïna KHAYAR OPHTALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 33 28 89</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Distributeur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA COLLINE Sur parking CARREFOUR Sidi Bouzid (Ancien Makro) Casablanca - Tél: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53 WhatsApp: 06 02 28 38 48 RC: 266958 - Pat: 36103100 - N°: 50731792 - CMBS: 6063490 ICE: 000483820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr | 11/09/22 | 294,00 |

INPE : 092037209

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| GRANDE VISION 26, Ghandi Mall-Bd. Ghandi Maârif Extension - Casablanca Tél/Fax: 022.23.08.69 | 27/09/22 | | | | | 6000 Dhs |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-------------------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|---|----------|---|----------|
| H | 25533412 | G | 21433552 |
| D | 00000000 | G | 00000000 |
| | 00000000 | | 00000000 |
| | 35533411 | | 11433553 |
| B | | | |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Grande VISION

Opticien
OPTICIENNE OPTOMETRISTE

CASABLANCA LE 27/9/22.

Client :
M^e Cheddadi
Abdelcennab

FACTURE N° 186/22.

| Désignation | Quantité | Prix Unitaire TVAC | Montant TVAC |
|----------------------|----------|--------------------|--------------|
| Monture optique | 1. | 1000 | 1000. |
| Verre progressif | 1. | 2500 | 2500. |
| Anti reflet | | | |
| OD + 2,50 (-0,50) 85 | | | |
| Verre progressif | 1 | 2500 | 2500. |
| Anti reflet | | | |
| OD + 1,50 (-1,00) 70 | | | |
| ADD + 2,50 | | | |
| TOTAL TVAC | | | 6000.00 DH |
| DONT TVA (20%) | | | 1200.00 DH |

Arrêtée la présente facture au prix seemme
 GRANDE VISION
 26, Ghandi Mall-Bd. Ghandi
 Maârif Extention - Casablanca
 Tél/Fax : 022.23.08.69

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 21 دجنبر 2022

الدكتورة لبني خيار بنجلون

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة المول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السباق

الدار البيضاء، في:

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+ 2,00 (- 0,50, 80)

OEIL GAUCHE

+ 1,00 (- 1,50, 70)

Verre de refié in caserly

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur place: Casablanca - Tél.: 05 22 35 50 50 / 05 22 33 59 53
Sidi Mokrane (Ancien Makro)
what's app : 06 27 10 38 44
RC : 266958 - P.R. : 36193100 - T. : 50731792 - C.M.B. : 800444
ICE : 00048382000044 - Email : paracatmali2011@hotmail.fr

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

147,00 X 2

GRANDE VISION
26, Chanti Mellal Chandi
El Extension - Casablanca
é/Fax : 022.23.08.69

SX

T = 294,00

300

3, 1 mg,

2, 1 mg

3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

VER2762C10MAR/09/19



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

شارع يعقوب المنصور إقامت
Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

