

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-681770

13/11/2022

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>12277</u>	Société : <u>RAM</u>	<input type="checkbox"/> A
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>BEN BELAID</u>		
Date de naissance : <u>21/6/75</u>		
Adresse : <u>Habouselle</u>		
Tél. : <u>0662771538</u>	Total des frais engagés : <u>5800,00</u>	
Cadre réservé au Médecin		
Cache du médecin		
Date de consultation : <u>NOV. 2019</u>		
Nom et prénom du malade : <u>BEN BELAID Dounia</u>		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même		
Nature de la maladie : <u>Affection Oculaire</u>		
Age: <u>43</u>		
<input type="checkbox"/> Conjoint		
<input type="checkbox"/> Enfant		
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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.		

Cassolance

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 : Cassolance Le : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Dounia



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
31 AOUT 2022	ls	---	300,-	INP : 01-BELMARD-MED-35353 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

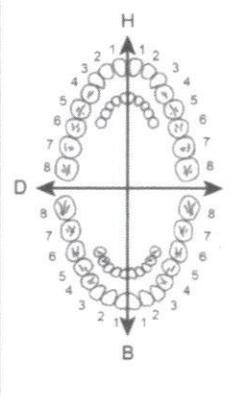
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/11/22	X mont	X mont	X mont	X mont	300,-

OPTIMA MADRANE VISION
 Rue Abou Kacem Kobayachi 23, Casablanca, Maroc
 Tél: 06332388

COLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

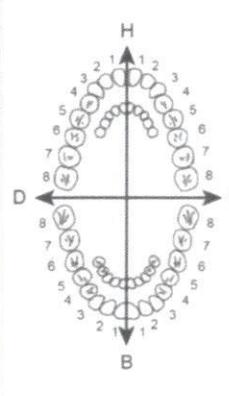
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologist

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucoma - Rétine médicale - Ophtalmopédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 31-08-2022.

Patient : **Madame BEN BELAID Dounia**

MONTURE / VERRES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : (180° -1,00) -1,75 , Addition + 1,50

Oeil Gauche : (150° -0,50) -2,25 , Addition + 1,50



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca

Tél.: +(212) 522 362 000 / 02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

Optima Vision

Angle Rue Abou Kacem Kotbari
 Et Place du Marché Badr – Bourgogne-
 Casablanca – Maroc –
 Gsm : 0633236380

T.M: Ben Belaid Dounia

Casablanca le, 10/11/22

FACTURE N°: 72312

Intitulé	Quantité	Prix
Tlenture: optique	1	1500,00
OD: (-1,00 à 18) -1,75 add +1,50		2000,00
Progressifs Variflex comfort 1.6 (AR)	1	2000,00
OS: (-0,50 à 15) -2,25 add +1,50	1	2000,00
Progressifs Variflex comfort 1.6 (AR)		
T.T.C		5500,00
REMISE		
TOTAL		5800,00

Arrêtée la facture à la somme de : Cinq mille cinq cent dix

OPTIMA VISION
 MADRANE Bafik
 OPTICIEN
 Rue Abou Kacem Kotbari
 RC.292952-Tél: 0633236380
 RC.292952-Tél: 0633236380