

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° W21-772946

M 286

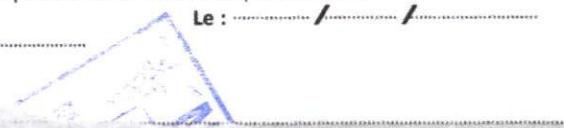
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 08767		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : A272 BOUJAHES		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 06-03-68			
Adresse : Casablanca 1000 1000 1000 1000			
Tél. : 0667217358		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	DR. TAYANE Y Ophtalmologiste AGREE PERMIS DE CONDUIRE 91, Bd. La Liberté Benjida Casablanca - Tél.: 05 22 44 60 14
	Date de consultation : 29/11/2021
	Nom et prénom du malade : BOUJAHES AZIZ
	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
	Nature de la maladie : Veey a mchles
	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 : 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
29.11 9.12.00	g		280	INP : [REDACTED] DR. TAYANE.Y Ophtalmologiste AGREE PERMIS DE CONDUIRE 91, Bd. La Liberté Benjida Casablanca - Tel: 05 22 44 60 14

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	
OPTIQUE BENJIDA 130, Bd. De la Liberté Casablanca N°3 Tél: 05 22 45 27 80	05/12/00					1300
OPTIQUE BENJIDA 130, Bd. De la Liberté Casablanca N°3 Tél: 05 22 45 27 80	05/12/00					

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	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	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'EXECUTION

Docteur Youssef TAYANNE

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

ANGIOGRAPHIE - LASER

LENTILLES DE CONTACT

CHIRURGIE MYOPIE - LASER EXCIMER

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

Ancien Chirurgien Ophtalmologiste à l'Hôpital

Militaire de Marrakech

الدكتور يوسف الطيان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي ببوردو

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بمراكش

29/11/2022

CASABLANCA, le

Mr BOUKHRISS A 212

Lunettes 9700 à porter

Nees afangps de loin :

Sortie nefel

OD : (-0,60 à 125) - 1
OG : (-4,50 à 170)

de près :

OD :

OG :

OPTIQUE BENJIDA
NAJMA-Atif
130, Bd. De la Liberté N°3
Casablanca
Tél: 05 22 45 27 80

Dr. TAYANE.Y
Ophtalmologiste
AGREE PERMIS DE CONDUIRE
91, Bd. La Liberté Benjida
Casablanca - Tél.: 05 22 44 60 14

AGREE PERMIS DE CONDUIRE

91 شارع الحرية، الطابق الرابع - بنجدية (قرب البنك الشعبي) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 60 14

91, Bd de la Liberté 4^{ème} Etage - Benjida (à côté de la B.P) - CASABLANCA - Tél : 05 22 44 60 14

ICE : 001710077000018 - INPE : 091133421 - Urgences : 06 61 45 71 33

Optique Benjdia

130 , Bd de la liberté , Kissariat El Houria

N° : 3 (en face du marché Benjdia)

Tél : 05 22 45 27 80

Casablanca , le ..05/12/22

Client : Boukhris Atif

Facture N° 0004054

Désignation	Quantité	P.U	TOTAL
* verre organique principe actif multivitamine	2	400	800
* Antiseptique	1	500	500
OPTIQUE BENJDIA NAJMA Atif 130 , Bd de la Liberté N°3 Casablanca Tél. 05 22 45 27 80			

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cinq-cents DH

Montant Total
T.T.C

1300DH