

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Matricule : 8650

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAANAYA HICHAM

Date de naissance : 15/02/1972

Adresse : 26, RUE BOULMANE, BOURGOGNE,

CASABLANCA, MAROC

Tél. : 0662 80 27 27

Total des frais engagés : 3400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Ouafae BENCHERIF
Ophtalmologue
Rés. du Palais Bd Ghazi Casablanca
Tél/Fax : 05 22 36 37 08
Urgence : 0662 80 27 27

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2022

Nom et prénom du malade : LAANAYA HICHAM

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : VICO de R

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : CASABLANCA

Le : 09/01/2023

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
23.12.22	(S)	300DT		Dr. Smail BACHIR KOURA Ophtalmologist palais Bd Mohamed Zazabi 2 Tunis : 22 20 37 08 Fax : 22 55 19 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

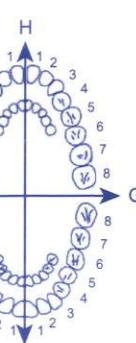
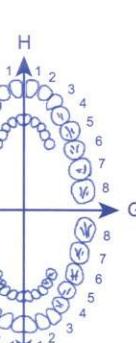
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<p>APV Opticien Optométriste M.KHAIRANE habilité MAIL ANFA PLACE ANFA PLACE N° 10 RDC AIN DIAB Casablanca Tél: 0522.79.64.69 INPE 095017083</p> <p>tys</p>	20/11/2023					<p>1 Monture optique #1000,00DH</p> <p>+ 2 verres correctifs #2100,00DH</p> <p>T: 3100,00DH</p>

RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
D	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
B																					
G																					
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																	
				DATE DU DEVIS																	
				DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

KRYS opticien

FACTURE: ENF.LAANAIA IKRAM

07/01/2023

DESIGNATION

QTE

PRIX

MONTURE OPTIQUE	1	1000.00 DHS
VERRES ORGANIQUES ANTI-REFLET AMINCIS	2	2100.00 DHS
OD : -5.75 (-1.75 à 40 °)	TOTAL : 3100.00 DHS	
OG : -6.25 (-1.50 à 140 °)		

(Handwritten signature over the signature block)

*APV Opticien Optométriste
M.KHAFANE Nabil
ANFPLACE MALL Bd la corniche 20000 Casablanca
PATENTE.36393452 IF.40259283 CNSS.8690738 ICE : 000166846000032
AIN BIAB 27-5A.69
TÉL: 0522-7-5A.69*

FACTURE ARRETER A LA SOMME : TROIS MILLE CENT DHS TTC

ANFPLACE VISIONANFPLACE MALL Bd la corniche 20000 Casablanca Tel : 0522796469 Mail : Krysfa@gmail.com
RC.232839 PATENTE.36393452 IF.40259283 CNSS.8690738 ICE : 000166846000032

INPE: 095017083

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الایزر

عدسات الاتصال

Casablanca , le

23-12-22

الدار البيضاء في

Laanaya IKRA

lunette XL

OD = -5,75 (-1,75) 40°

OS = -6,25 (-1,50) 146°

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Optométriste
Palais El Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 06 62 55 19 36

Krys APV Opticien Optométriste
M.KHARAJA M.EL HADJ RDC
MALKA AYAD ANTAL PLATE N°10
Boulevard Casablanca
Tél : 0522 79 61 69