

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

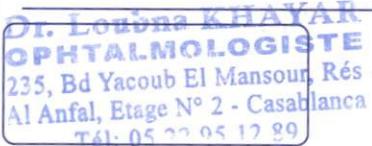
Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0014722

A67703

<input type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent (e)	Matricule : <u>02742</u>	Société : <u>RAM</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>H.D.I.T.A ABDESSAMAD</u>		
Date de naissance : <u>1957</u>		
Adresse : <u>H2 Blvd Sidi Abdessamane Rés Abbas Oujda</u>		
Tél. : <u>0661959589</u> Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Cachet du médecin :	
	 Dr. Loubara KHAYAR OPHTHALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca Tel: 05 22 95 12 89	
Date de consultation :	<u>03/06/23</u>	
Nom et prénom du malade :	<u>Affection oculaire</u>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :	<u>10 JUIL. 2023</u>	
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 : 02/07/2023

Le : 10/07/2023

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
03/06/23	C	2	300	<i>Dr. SIDI AYAD ORTHOMOLLOGISTE 13, Bd Yacoub El Mansour, Rés Anfal, Bldg N° 2 - Casablanca Tel: 05 22 95 12 89</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE DE L'AEROPORT D'ANFA Mme. L'ANNEE PHARMACEUTIQUE 12, Bis Bd. Sidi Abderrahmane Beausejour - Casablanca Tél: 05 22 20 20 20</i>	03/06/23	144,00

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	
<i>Ophtalmologiste Dr. HATIM Jaâfar 401 Bd Al Massira Casablanca Tél: 05 23 28 19 39</i>	03/06/23					300,00

INPE: 095019219

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des ...

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																
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS															
	<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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G	00000000	00000000	B		
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
G	00000000	00000000																		
B																				
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
DATE DE L'EXECUTION																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 :

03/06/23

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة المحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء، في :

Mr. H.D.J.A

A Bouskoura,

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+ 2,00 (- 1,80°)

OEIL GAUCHE

+ 2,25 (- 1,95°).

ADDITION VISION DE PRES

144,10

H VISUAL

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

شارع عصافير المنصور إقامة الأطفال - عمارة A شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89
Dr. Loubna KHAYAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im «A», App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89
HARMACIE DE LAFKOURI D'ANFA
Rue Amel Al BRIGITTE
12, Bis Bd. Sidi Abderrahmane
Beauséjour Casablanca
Tél.: 05 22 39 06 36



SETAGENERAL D'OPTIQUE

OPTIQUE - OPTOMÉTRIE - LENTILLE DE CONTACT

Facture N° : 3653 / 23


095019279

Mohammedia le: 22/06/23

Mme/Mr : ABDESSANAD HOJJA

Dr : LAUBNA KHAYAR BENJELLOUN

VL

VP - Add

OD : +2,50 (-1,00 à 80)

OD : add : +1,00

OG : +2,25 (-1,00 à 90)

OG : add : +1,00

Monture

Verres

optique

Progressif Argenté DH
68.00 DH 210

1500,00 DH

Total à payer: 8300,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: Huit mille

huit cent DHS

Cachet et signature

40, boulevard Achorafa, Saada, El Alia, Mohammedia - Tel: 0666474525

Patente N°: 3653246 - RC N°: 18891 - IF N°: 20699296 ICE N°: 001587406000070

*HATIM Jaâfar
opticien et optométriste Contactologue
Saâda
Tél: 05 24 46 00 29*