

## 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

- Réclamation : 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.

N° W21-726227

174155

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : BEN YOUSSEF 3618 Société : HASSAN RAMI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN YOUSSEF HASSAN

Date de naissance :

07/05/1960

Adresse :

81 Rue KNORCHI CASA BLANCA.

Tél. : 0654073753

Total des frais engagés : 4700,00 DT Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr BEN YOUSSEF HASSAN  
OPHTHALMOLOGISTE  
77, Rue Prince Moulay Abdallah  
CASA, Tél. : 0522 27 51 75  
0522 47 06 99

Date de consultation :

15/06/2023

Nom et prénom du malade :

BEN YOUSSEF HASSAN

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

curatif

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

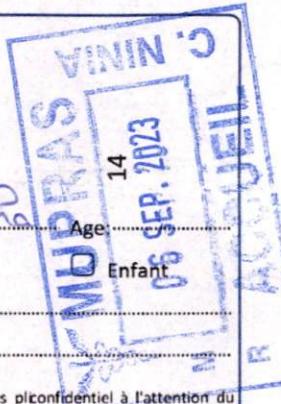
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
15/06/03	(C)	3	300	INP : 09087460 DR BENNOUNA Kamal OPHTALMOLOGISTE 77, Rue Prince Moulay Abdallah CASA TAI - ME22 37 51 79 ME22 47 08 90

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Impr. Amanouria 24/08/2024</i>	<i>15/08/23</i>	<i>3.500</i>
	<i>17/08/23</i>	<i>900</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

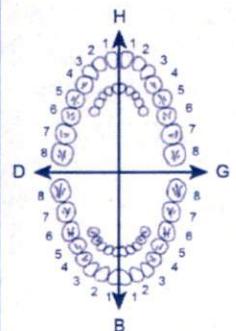
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHERENT**

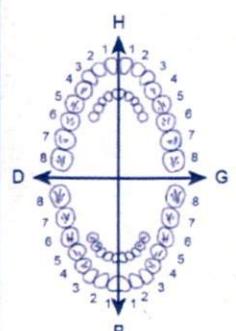
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

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



سوميكا نظارة

TAGNAOUTI A.

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél. : 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

CASABLANCA - MAROC

ICE : 001740389000080

ICE: 001740389000080

Casablanca, le

14/08/2023

INPE: 095005997

FACTURE 32015

M A. chw.

BEN MEZIANE

Dr .....

Vision de loin

OD : cyl ..... sph .....

OG : cyl ..... sph .....

Vision de près

OD : cyl ..... sph .....

OG : cyl ..... sph .....

Double Foyer

OD : cyl ..... sph ..... Add .....

OG : cyl ..... sph ..... Add .....

Quantité :	Désignation	Prix
MONTURE	Optique	900
VERRE		

Montant en lettre :

neuf cents Dh

TOTAL

900

Cachet, signature

sumica optique  
TAGNAOUTI A  
7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)  
Casablanca - Tel/Fax: 05 22 27 33 83

R.C. 202368000

PATENTE N° 33105988

# Facture

N° 000000551

Ordonnance de M le Docteur :

KENIANA KAMAL

N° de Nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN      O.D  $(0^{\circ} + 1,00) + 4,75$  PRES  
 O.G  $(0^{\circ} + 1,00) + 5,25$

O.D  $\text{Add. } + 2,50$   
 O.G  $\text{Add. } + 2,50$

## FOURNITURE

Montures : \_\_\_\_\_

Verres Argentiques

Anti-reflets, formes.

Mikon

Monture	
Verre OD	<u>1.750,-</u>
Verre OG	<u>1.750,-</u>
TOTAL	<u>3.800,-</u>

Arrêté la présente Facture à la somme de

3.800 Dirhams

C'est pour nous

CP SA  
Mohammed le : 15/08/123

M. ou Mme GEN. FERDINE SICHA



Bd Emil Zola, N° 9 place Al Yassir Imm. Al Mansouria - Casablanca

RC : 313433 - TP : 35491382 - Tél.: 05 22 24 20 24 / 05 22 24 42 40

ICE : 002290548000076 - CNSS : 4225878 - IF : 15197651

**Docteur BENNOUNA Kamal**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

*MALADIES et CHIRURGIE des YEUX*

*CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER*

*ANGIOGRAPHIE - LASER*

**الدكتور بنونة كمال**

**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

**خريج كلية الطب بمونبولي**

**جراحة قصر النظر بأشعة الليزر**

15/06/2023 ..... الدار البيضاء في Casablanca Le, .....

Madame BEN MEZIANE Aicha

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

VERRES PROGRESSIFS AMINCIS +1,00

Oeil Droit :  $(0^\circ + 1,00) + 4,75$ , Addition + 2,50

Oeil Gauche :  $(0^\circ + 1,00) + 5,25$ , Addition + 2,50

