

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

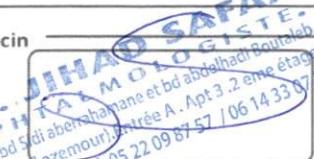
Adresses Mails utiles

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09099		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	XXXXXX
Nom & Prénom : FARIS ABDER HIND		Date de naissance : 10/03/66	
Adresse : Haït Ben Abdellah		Tél. : 06 61 19 63 97	
Total des frais engagés Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **03/08/2023**

Nom et prénom du malade : **Rhoul Hind**

Age: **56**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Secheresse Oculaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Maladie**

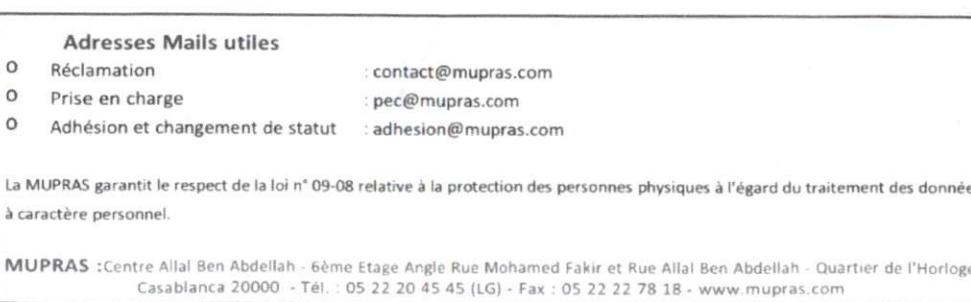
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **1/1/2023**

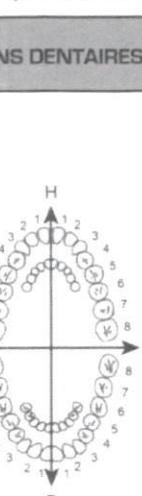


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/08/93 CS			250 DH	INP : 091219359   Ad Sidi aberraouane et du Abdalhadj 100 m au sud de la mosquée Entrée A, Apt. 3.2 Tel: 02 8757 106

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE VICTORIA Dr. Yasmine RAZZOUK Angela Bd de Nice et N°21 Rue Ahmed Ben Bouchta - 20100 - Casablanca 06 05 22 38 14 66	06/03/2019	GT = 203,02

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	
 LENKIA HAJAR num 7 GPEA Lot Annahil Lamego, Portugal tel: 253 38 77 fax: 253 38 77	15/08/2003				11300

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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 (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording nature of treatments)	Coefficient (Rows for recording coefficients)	INP : <input type="text"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
					25533412	21433552												
					00000000	00000000												
					D	G												
					00000000	00000000												
35533411	11433553																	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
[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																		

BENKIA OPTIQUE

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
SPÉCIALISTE



HAJAR

7 Op, Annakhil Rahma -Etage MG Appt 3, Imm MG 3GH 4 - Casablanca
RC : 444374 / IF : 48502654 / CNSS : 2826225 / Patente : 32963443
ICE : 002721244000032

FACTURE N° 06526

Casablanca, le 15/08/2022

M. R. HOU L Hind

Docteur :

Monture : OPTIQUE 13.00

Verres : Progressif de myopie astigmatisme 1.500

VL	OD : +3.75 (-2.25 x 65°)	1.500
	OG : +7.25 (-0.25 x 90°)	1.500

ADD	4 2.25	
-----	--------	--

VP	OD :	
	OG :	

Total : 43.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille trois cent
dhs

Signature et Chachet

HAJAR BENKIA
INPE: 095028411

BENKIA HAJAR
3 Imm 7 GPE 4 Lot Ennakhil
Errahma Dar Bouazza
Casablanca -
Fix: 08 08 56 38 77



Diplômée des universités de Tours-Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk)
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"
الزرق-الساد-السكنى-تصحيح النظر
طبية سابقة بمستشفى 20-15 باريس
طبية سابقة بمستشفى الحسني

DR. JIHAD SAFAA
OPHTHALMOLOGISTE.
Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb
(ex route d'azemour) Entrée A . Apt 3.2 eme étage.
Casablanca / Tel. 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

08aswir 2023
Mme RHOUL Hind

Monture + verres correcteurs Antireflets Amincis

Vision de loin :

OD = + 3.75 (- 0.75 à 65°)

OS = + 3.75 (- 0.25 à 90°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

BENKIA AJAR
3 Imme 2 ère étage
Lot Ennakhil
Etablissement Bouazza
Casablanca
Fix : 08 08 638 77

DR. JIHAD SAFAA
OPHTHALMOLOGISTE.
Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb
(ex route d'azemour) Entrée A . Apt 3.2 eme étage.
Casablanca / Tel. 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و شارع عبد الهادى بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ, الطابق 2 . شقة 3
Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d'azemour).Entrée A . Apt 3.2 eme étage.

✉ cabinet.drjihad@gmail.com ☎ 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28



Diplômée des universités de Tours -Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk)
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"
الزرق-الساد-السكنري-تصحيح النظر
طبية سابقة مستشفى 20-15 باريس
طبية سابقة مستشفى الحسني

03 août 2023

N° du CE 37930/2021/3918-
2022/DM/DPS/DMP/18

Date d'attribution du CE 24/1/22

PPC : 175,00 DH

Mme RHOUL Hind

1'S

LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 ml
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NP

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois , dans les deux yeux
34,00

LIPOSIC 0.2 % gel ophtalmique

1 app / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

T = 203,00

~~PHARMACIE VICTORIA
Dr. Yasmine FAZZOUK
Angle Bd de Mme et N°21 Rue Ahmed
Ben Bouchta 20100 - Casablanca
Tél. 05 22 38 14 66~~

~~DR. JIHAD SAFAA
OPHTALMOLOGISTE
Angle bd Sidi aberraahmane et bd abdelhadi Boutaleb
(ex route d'azemour).Entrée A . Apt 3 . 2eme étage.
Casablanca / Tel. 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28~~

زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و شارع عبد الهادى بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

Angle bd Sidi aberraahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d'azemour).Entrée A . Apt 3 . 2eme étage.

cabinet.drjihad@gmail.com 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28