

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **3670** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BOUTAYE B. FOUAD**

Date de naissance : **24 - 09 - 1962**

Adresse : **12, RUE VENITIA POLO CASABLANCA**

Tél. : **06 61 15 58 78** Total des frais engagés : **10 457,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Louïna KHATAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour Rés
Al Afaf, Etage N° 2 - Casablanca
05 22 95 12 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/DEC/2023**

Nom et prénom du malade : **Najib RI**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : **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 : **29/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **S. H. B. RI**



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
01.12.23		C2	300.00	<i>PHARMACIE DE KARIMA 35, Bd Yacoub El Mansour, Rés Anfal, El Manzana N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 95 12 89</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE KARIMA 35, Bd Yacoub El Mansour, Rés Anfal, El Manzana N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 95 12 89</i>	01/12/23	157,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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>Amal DENTISTE 9, Bd Aïcha TP : 35600762 - RC : 81967</i>	01/12/23					<i>Façade ce pliquego 10.000Dhs</i>

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
(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

BIEN VU

OPTICIENNE

NOM DE L'ASSURE :	MME NOUIDRI WAFAA
PRESCRIPTEUR	DR KHAYAR LOUBNA
DATE	01/12/2023

FACTURE N°22122023 DE 27/12/2023

NOMENCLATURE	DESIGNATION	Prix Unit. TTC (DHS)	Qté	Montant TTC (DHS)
PROGRESSIF	MONTURE	3 000,00	1,00	3 000,00
OD	VERRE PROGRESSIFS AMINCIS DURCIS ARMC DIAM 65/70MM	3 500,00	1,00	3 500,00
OG	VERRE PROGRESSIFS AMINCIS DURCIS ARMC DIAM 65/70MM	3 500,00	1,00	3 500,00

NET A PAYER (DHS) :	10 000,00

BIEN VU S.A.R.L.
Amal NAKHLA LAZRAQ Ep . KABBAJ
58 , Bd. Abdellatif Ben Kaddour 20050
Casablanca - ICE : 000026616000041
TP : 35600762 , RC 81961
Tel : 0522 944 888

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 Aout Casablanca
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le: 01. 12. 2013

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء في:

نے Nouria, Wafaa

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+926,45^e

OEIL GAUCHE

(-926,400^e)

BIEN VU S.A.R.L.

Amal NAFAKH LAJRAQ Ep. KABBAJ
58, Bd Abdellatif Ben Kaddour - 20050
Casablanca - IC: 000026616000041
TP: 35600762 - RC: 81961
Tél: 0522 944 888

ADDITION VISION DE PRES

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

PHARMACIE JARDINS POLO
Rajaa SEKKAT
Docteur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél.: 05 22 95 27 40

157,00 Dhs



the date

Age X 3

235 شارع يعقوب المنصور - إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89
235 ,Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im ." A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89