

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° A2 - E5 E3

192450

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 8973	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHAOUKI WASSIM		
Date de naissance : 07/10/72		
Adresse : 17 Rue Ahmed El Mekki, Apt 2, Casa.		
Téléphone : 0661418606	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation d'accès à l'ALD et ALC

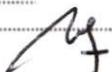
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 		
Date de consultation : 27/12/2023		
Nom et prénom du malade : CHAOUKI	Age : 25/03/03	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Allergie		
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 : Casa

Le : 27/12/2023

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
22.12.2015	DS	-	300	INP : 091028354 



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

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
		AM	PC	IM	IV	
TEL: 15/10/2024 Bd. Abdelatif Ben Kaddour Impasse Ben Kacine Al-Mashura - Maroc T: +212 52 33 7851 QUIC Bd. Abdelatif Ben Kaddour et Impasse Ben Kacine	15/10/2024	Denture ortho + Dents Correcteur + Antibio				1900 DH

VIOLET ADHESIVE

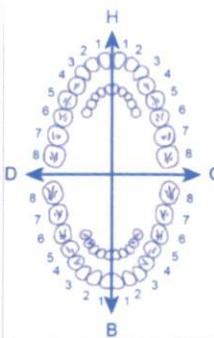
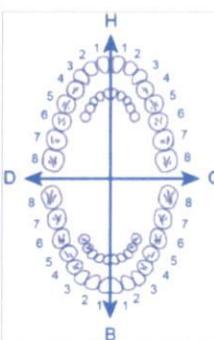
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<hr/>																		
B	G																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*

Casablanca, le mercredi 27 décembre 2023

NOTE D'HONORAIRES

Patient : **Monsieur Adam CHAOUKI**

Honoraires de la Consultation : 300,00 DHS

La présente note d'honoraires est arrêtée à la somme de : Trois Cents Dirhams ./



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophtalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 27 DEC. 2023

Patient : **Monsieur CHAOUKI Adam**

MONTURE / VERRES LOIN AMINCIS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : (180° -4,00) + 2,75

Oeil Gauche : (170° -4,00) + 2,75

L'ATELIER OPTIQUE
Ang. Bd Rodezatif Ben Kaddour
et Impasse Ri RDC Racine
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 94 73 91



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca
• Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

ATELIER VISION S.A.R.L

Ang BD Abdelatif Benkaddour
et Impasse Rif RDC Racine
Casablanca - Maroc

FACTURE

	NUM DE TRANSACTION: 20210147213
NOM MR CHAOUKI ADAM	DATE:15-01-2024

ARTICLES	Prix	Remise	Qte	TOTAL en DHS
MONTURE OPTIQUE	MAD 2 700,00			MAD 2 700,00
VERRES CORRECTEURS ANTIREFLETS				
OD +2,75 (-4,00 à 180°)	MAD 1 600,00		1	MAD 1 600,00
OG +2,75 (-4,00 à 170°)	MAD 1 600,00		1	MAD 1 600,00
	NET A PAYER			5900,00
	TVA 20%			983,33
	TOTAL HT			4916,67

L'ATELIER OPTIQUE
Ang. Bd. Abdelatif Ben Kaddour
et Impasse Rif RDC Racine
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 94 73 91