

## 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

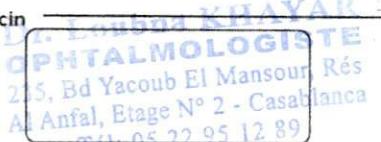
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W19-577225

43253

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1A.023		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IBENCHERKOUN IMANE			
Date de naissance : 05-10-77			
Adresse : 68 Bd Sidi Abderrahman H.H Casa			
Tél. : 0666182181		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 06 OCT. 2020			
Nom et prénom du malade : BENCHERKOUN Imane			
Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection des poils			
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**

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
06/01/2000	C 2		300	INP. BANQUE KHANH HOANG

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **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	
 <b>TAK Optic</b> Opticien & Optométriste Dr. Brigitte Lévesque - Optométriste et Opticien Chaudière-Appalaches 0222238704 - GSM: 077-720-03 - Email: takoptic@gmail.com	2018/10/20					100\$ Horaire

**VOLET ADHERENT**

## **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'ODP.

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25833412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25833412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25833412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	00000000													
	G	35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

# 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 a l'hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le:

06/10/2014

الدار البيضاء في:

*SAR GAF. INT.*

رخصة السياقة

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون  
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

## VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

(-9,25 175)

**TAK OPTIC**

Opticien & Optométriste

13-75 Bd. Bir Assarane (El Anfa) - Casablanca - Maroc  
Tél: 05 22 87 84 - GSM: 05 07 19 06 03 - Email: takiye@gmail.com

OEIL GAUCHE

(-9,50 180)

*Ney nevey felis bleu*

## ADDITION VISION DE PRES

1) Nadshe opte x 3, *دكتور نادس*  
2) Tobrey de le loi 17, *دكتور طبرى*

**Dr. Loubna KHAYAR**  
**OPHTHALMOLOGISTE**

235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage № 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

# Facture



**Facture N° : 421**  
**Date : 2020-10-08**  
**Client : BARGACH**  
**INES**

TAK OPTIC  
 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif  
 Tel: 0522-256704

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	00	-0.25	175	
VLG	00	-0.25	180	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIQUE ANTI LUMIERE BLEUE	1	300.00	300.00
2	ORGANIQUE ANTI LUMIERE BLEUE	1	300.00	300.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	400.00	400.00
TVA		20%	Total TVA	166.67
Total HT		833.33	Net à payer	1000.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

mille Dirhams

TAK OPTIC - 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif - 0522-256704 - takoptic@gmail.com  
 IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC: 377549 - TP: 35875919- INPE: 095014494



NAAAK 4,9%

Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH

6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
 Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

**TOBRADEX®**  
 POMMADE OPHTALMIQUE   
 3,5g  PPV: 54,40 DHS  
 Boîte de 1 tube  Laboratoires Sothema, Bouskoura  
 AMM N° 455/18 DMP/21/NRQ

