

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.

Nº W19-459640

ND: 43481

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7809 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

BEN MOUSSA YASSIR

Date de naissance :

9/0/69

Adresse :

19 Rue 2 July GRS OASIS

Tél. :

0661210466

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Chakib BAKKAL,
OPHTALMOLOGISTE
32 Rue Tahar Houcine (Ex. Garde)
Gautier - Casablanca 21.000
Tél: 0522 20 70 00 0522 21 00 00

Date de consultation :

22/07/2020

Nom et prénom du malade :

BEN MOUSSA YASSIR

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie

12 OCT. 2020

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

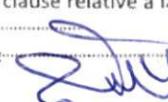
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 12/10/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22.07 2020 | CG | | 250,00 | INP : 10010174946 Chakir Bokkali DENTALMOLOGISTE 21000 Casablanca Tunisie |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| Praticien : Chakir Bokkali | 23/07/2020 | | | | | 5300 M. |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>26533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | 26533412 | 21433562 | 00000000 | 00000000 | <input checked="" type="checkbox"/> | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS |
| 26533412 | 21433562 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession</p> | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | |
| | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | |

Docteur Chakib BAKKALI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

32, Rue Taha Hocine (Ex. Galilée) - Gauthier
20 060 Casablanca
Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75
Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

الدكتور شكيب بقالي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

عضو في الجامعة الفرنسية لأمراض العيون

32. زفقة طه حسين (تلبي سابقا) - ثكنة

20060 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

الفاكس : 05 22 47 13 75

Casablanca, le 22 Juillet 2020 الدار البيضاء، في

Mme BENMOUSSA Saida

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL :

OD = - 0.75

OG = - 0.75 (- 0.25 à 60°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.00

Dr. Chakib BAKKALI

OPHTHALMOLOGISTE

32, Rue Taha Hocine (Ex. Galilée)
Gauthier - Casablanca 20.000

Tel: 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75



Mme BENMOUSSA SAIDA

Casablanca, 23/07/2020

FACTURE n° 2020/07/28

| Désignation | Qté | PU TTC | TOTAL TTC |
|---|-----|----------------------|------------|
| Monture : | 1 | 1900.00 | 1900.00 |
| Verres de loin : organiques anti lumière bleu amincis antireflets OD : -0.75 OG : -0.75 (-0.25)60 Verres de près : organiques amincis OD : +1.25 OG : +1.25 (-0.25)60 | 2 | 1300.00 | 2600.00 |
| | 2 | 400.00 | 800.00 |
| | | Montant TVA (20%) | 883.33DH |
| | | TOTAL TTC | 5300,00 DH |

[Handwritten signature/initials over the table]

15 bis, rue Abou Salt Andaloussi, Maarif. Tel : 05.22.25.55.55 – 06.61.32.68.23
RC : 26754 – IF : 26190014 – ICE : 002112932000028 – INPE : 095021853
Mail : opticia.maarif@gmail.com