

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

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 M20- 0006637

Optique 59057 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003434

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ATIFI Rachid

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : Lababes An Tizna Benslimane

Tél. : 0661311170

Total des frais engagés : 4951,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cabinet d'Ophtalmologie
Pr. BENCHERIF Moulay Zahid
N° 4, Imm. C. Av. Ennakhil
Riad Al Otors, Hay Riad - Rabat

Date de consultation : 23 JAN 2021

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Conjonctivite ophthalmo

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 : 10/10/2021

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
23 JAN 2021	W		250DH.	abinet d'Ophtalmologie ENCHERIF Imm. Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTICAL AUDITION Opticien Optométriste Parc Plaza1, Angle Yacoub El Mansour et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammedia Tél:05 23.30.47.13	06/02/21					4500 D.H.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 in each quadrant. The quadrants are labeled: D (left), G (right), H (top), and B (bottom). The teeth are arranged in a curved pattern, with numbers indicating their specific position within each quadrant.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur My Zahid BENCHERIF

Spécialiste en Ophthalmologie
Ex .professeur à la Faculté
de Médecine de Rabat



الدكتور م. الزاهد بنشريف

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
أستاذ حاملي سابق بكلية
الطب - الرباط

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
3.5 g
Boîte de 1 tube PPV : 54,40 DHS
Laboratoires Sotema Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/NR0

6 118001 070602
69020-4

V22762/CIDMAR/09/19



MA
3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27132 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

لهم الله

TOBRADEX : pde

23 Janvier 2021

Mr. EL ATIFI Rachid

LOT : 625157
MM : 2020-06
EX : 2022-05

Lot:
A utiliser avant:
DD22 F
03/2022



1 application / jour, le soir au coucher, les deux yeux, 10
jours

لهم الله

THEALOSE COLLYRE



1 goutte trois fois par jour, les deux yeux, 3 Mois.

201145
pharmacie sebta
sd Sebta Imb. C Mag N° 2
Mohammedia
Tel.: 05 23 28 22 06

Cabinet d'Ophthalmologie
Pr. BENCHERIF Zahid
N° 4. Imm. C Avenue Ennakhil
Riad Al Otors Hay Riad - Rabat

رقم 4، عمارة C - شارع النخيل - رياض الأطر (أمام المصحة الدولية رياض النخيل) - حي الرياض - الرباط
N°4 Imm. C, Avenue Ennakhil Riad Al Otors (en face de Clinique Internationale Riad Annakhil)
Hay Riad - RABAT

Tél: 05 37 56 57 56 - Gsm :07 70 00 00 08 - Email: zahidmoulay@yahoo.fr

Docteur My Zahid BENCHERIF

Spécialiste en Ophtalmologie
Ex .professeur à la Faculté
de Médecine de Rabat



الدكتور م. الزاهد بنشريف

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
أستاذ جامعي سابق بكلية
الطب بالرباط

Rabat, le

23 Janvier 2021

Mr. EL ATIFI Rachid

Monture + verres correcteurs progressifs
Antilumière bleue Antireflets

VL :

OD = + 1.00 (- 1.25 à 80°)

OG = + 1.00 (- 0.75 à 80°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

~~OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza 1 Angle Yacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine N°1-Mohammedia
Tél: 05.23.30.47.13~~

~~Cabinet d'Ophtalmologie
Pr. BENCHERIF Moulay Zahid
N° 4, Imm. C, Avenue Ennakhil
Riad Al Otors, Hay Riad - Rabat~~

رقم 4، عماره C - شارع التخيل - رياض الأطر (أمام المصححة الدولية رياض التخيل) - حي الرياض - الرباط
N°4 Imm. C, Avenue Ennakhil Riad Al Otors (en face de Clinique Internationale Riad Annakhil)
Hay Riad - RABAT
Tél: 05 37 56 57 56 - Gsm :07 70 00 00 08 - Email: zahidmoulay@yahoo.fr

OPTICAL AUDITION

Client: Mr EL ATIFI RACHID

N° Facture: FER37532102060754

Date: 06/02/2021

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	500
VERRE OD PROG ORG AR : +1.00 (-1.25 à 80°) / ADD: +2.50	1	2000.00
VERRE OG PROG ORG AR : +1.00 (-0.75 à 80°) / ADD: +2.50	1	2000.00
HT		3750.00
TVA 20.00%		750.00
TTC		4500.00

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza1, Angle Yaacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammedia
Tél:05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: QUATRE MILLE CINQ CENT DIRHAMS

PARC PLAZZA I, ANGLE YAACOUB EL MANSOUR, YOUSSEF BEN TACHFINE IMM. M N°1-MOHAMMEDIA

Tél:05.23.30.47.13/ N°PATENTE:14378870 / N°IF:14378870 / N°RC:RCN 12303

ICE:001509644000079/ INPE: 095013348 / Email: opticalaudition@gmail.com