

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.

66 Lgg

DX

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	87111	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BIFDEN AMINE	
Date de naissance :		13/03/1962	
Adresse :		4, Rue EL BATOUCHE AU MARS SIDI BOU CAFE	
Tél. :		Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. A. BENJELLOUN Ophtalmologiste 18, Rue Ghamata 2ème Etage Casablanca - Tél: 0522 48 70 71			
Date de consultation : 24/03/2021			
Nom et prénom du malade : BIFDEN AMINE			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HYPOPIE			
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 : 24/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

WHA 250
V+M 1400

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-508523
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

RELEVÉ 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
24/03/2021	CS	1	250,00	INP : 91088772
				Dr. A. BENJELLOUN Ophtalmologiste Gymnase 24000 Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 LUXOPTIC 32 40 05 74 16 22 47 48 88 Alain LEBEL OPTICIEN	30/03/21					1400,00

VIOLET ADHERENT

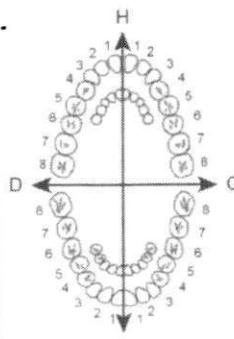
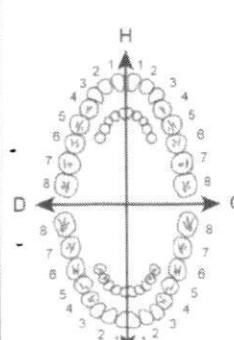
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G				25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

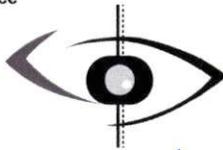
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz Amine BENJELLOUN
OPHTALMOLOGIE-CHIRURGIE

Diplômé des Universités de Paris-île-de France

Ancien attaché aux hôpitaux HÔTEL-DIEU
ET BROUSSAIS-PARIS

ANGIOGRAPHIE-LASER-STRABISME
LENTILLES DE CONTACT



الدكتور عزيز أمين بنجلون
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

علاج العول، الجراحة المجهرية، العدسات
تحليل الأوعية، لازر

خريج كلية الطب بباريس
طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 24/03/2021 الدار البيضاء، في

Dr Amine BIFDEN

*scription de l'écriture
lentes + monture*

VL OS

-6,50 (-0,75 à 90°)
-6,50

au lieu de

LUXOPTIC

196, Avenue Mers Sultan-Casablanca
Tél: 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

*Dr. A. BENJELLOUN
Ophtalmologiste
18, Rue Gharnata 2ème Etage
Casablanca 10000 Tél: 05 22 48 77 78*



196, AVENUE MERS-SULTAN - CASABLANCA

Tél. : 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

FACTURE N° 0009008

Le 30/03/2021

Mr BIFDEN AMINE

Ordonnance de Mr le Docteur AZIZ AMINE BENJELLOUN

N° de nomenclature correspondant à la prescription	(Loin { O.D. = O.G. =)	Près { O.D. = O.G. =)	D.F. { O.D. = O.G. =)
--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

FOURNITURES :

1 Montures :	PLASTIQUE	700
2 Verres :	OPTIQUES ANTIREFLETS Amincis	700
	TOTAL	1400,00

la présente facture arrêtée à la somme de Dh.

Dont T.V.A. 20% inclus:

MILLE QUATRE CENT DIRHAM'S

R.C. : 252634 - C.N.S.S : 2622323 - T.P : 34204128 -

- ICE : 000834271000023

IF:41805998

LUXOPTIC
196, Avenue Mers-Sultan
Tél. 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

RECBEN PAR CHBANE