

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° M21- 042016

82752

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23721

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN Farida

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue Allal Ben Abdellah Casablanca

Tél. : 0663275535 Total des frais engagés : 2750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL ASAI Halima
Ophtalmologue
59, Bd. Zaraktouni Gass
Résidence Les Fleurs

Date de consultation : 26/03/2021

Nom et prénom du malade : BENCHEKROUN Farida Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/09/2021

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
26/08/20		2	250.00	Dr El Asyraf Alhaj Ophtalmologist Bd. Zouktouni Street Lebanon Lebanese Insurance Les Fleurs

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ENTRE OPTIC OPTOMETRISTE Spécialisé 69 Rue de Paris Casablanca		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est ~~obligé~~ 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'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D ————— C
00000000 00000000

éation, remont, adjonction)

Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Date du devis	

Docteur EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

الدكتورة العسري حلية

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le :

26/08/2021

Dr EL ASRI Halima
Ophtalmologue
59 Bd Zerktouni Casablanca
Résidence Les Fleurs

BENCHERKOURT

Quelques Seves posessions
photodissolues, Antinefiks
- Vision bon

OD = + 1,50

OC = + 1,50

- Vision Pres

ODC = 658 + 2,50

ENTRE OPTIC OPTOMETRISTE
S.A.R.L AU
69, Bd de Paris
Casablanca

Dr EL ASRI Halima
Ophtalmologue
59, Bd Zerktouni Casablanca
Résidence Les Fleurs

Centre Optic Optometriste

ICE 001530868000010

69, Bd de Paris
20100 Casablanca
Tél: 0522222210
Fax: 0522261850

FINESS : INPE 095005740

FACTURE COMPL. N° : F21/1166

Date : 03/09/2021

N°PEC :

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **BENCHEKROUN FARIDA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

le ARI HALIMA
CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE
SALON
69, Bd de Paris
Casablanca
03/09/2021

Corrections :

VL D. Sph: +1.50 Add: +2.50

VL G. Sph: +1.50 Add: +2.50

VP D. Sph: +4.00

VP G. Sph: +4.00

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
Verre SELON PRESCRIPTION MEDICALE	1000.000	2290396	7.320	4.390		1000.000
Verre SELON PRESCRIPTION MEDICALE	1000.000	2290396	7.320	4.390		1000.000
Monture 4YOU 4Y02 BR2	500.000	2223342	2.840	1.700		500.000
TVA (0%) (Dh)	399.160					
TOTAL TTC (Dh)	2500.000					
NET A PAYER par l'assuré (Dh)	2500.000					

Mentions légales

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE
69, Bd de Paris
Casablanca

Facture acquittée