

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-647590

84144

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11694 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HACHIMI KHALID

Date de naissance : 17/02/1970

Adresse : 32 RUE SOUS, QUARTIER CUBA CASABLANCA

Tél. : 0672963256 Total des frais engagés : 4120,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENNOUVA Mohamed Ophtalmologiste 17 Avenue Hassan II - Casablanca Tél: 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 58

Date de consultation : 08/02/2021

Nom et prénom du malade : HACHIMI KHALID

Lien de parenté : ☐ M-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Anetropie

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 : 15/09/2021


Signature de l'adhérent(e) :

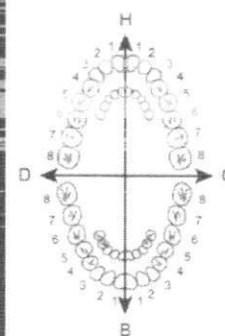
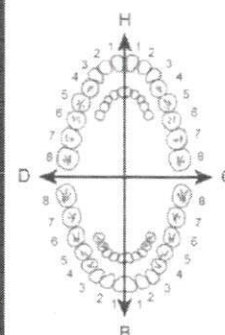
[Signature]

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
09/08/2021	ln	200	200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/08/2021	220.30
		INP 092021096

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
		AM	PC	IM	IV	
	11/09/2022		1 Monture			360 DH
			+ 2 Verres			

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.												
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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Bennouna Mohamed

OPHTALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris
Maladies des Yeux
Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس
إختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين والجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca le, 09 août 2021

Mr. HACHIMI Khalid

63.50

ALERCHEK: COLLYRE

1 goutte matin & soir et plus si démangeaisons

156.80

NEOVIS TOTAL

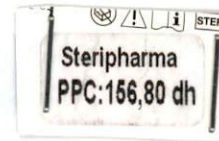
1 goutte 3 à 4 fois/j

Traitement pendant : 2 Mois , dans les deux yeux

220.30



Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
Avenue Hassan II - Casablanca
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58



47, Av. Hassan II, 1er étage - Casablana شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 الهاتف

TRAM : Station Place M^{ed} V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com

Dr Bennouna Mohamed

OPHTALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris.

Maladies des Yeux

Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale

Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس
إختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين و الجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca le, 09 août 2021

Mr. HACHIMI Khalid

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques, Antireflets multi-couches, Amincis, Filtre
anti-lumière bleue

VL : OD = -2.25 (-2.50 à 30°)

OG = -2.50 (-3.00 à 140°)

VP : ODG = Add : + 1.75

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophthalmologiste
22, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 58

47, Av. Hassan II, 1er étage - Casablanca شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 : الهاتف

TRAM : Station Place M^{ed} V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com

TAGNAOUTI A.

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél. : 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

CASABLANCA - MAROC

ICE : 001740389000080

Casablanca, le

11.09.2021

N°: 095005997.

FACTURE 0030358

ICE: 001740389000080.

Dr. BENNOUA

M² HACHI MI
KHALID

Vision de loin	Vision de près
OD : cyl sph	OD : cyl sph
OG : cyl sph	OG : cyl sph

Double Foyer	Program
OD : cyl <u>(-2.50 à 3.0)</u> sph - 2.25	Add + 1.75
OG : cyl <u>(-3.00 à 4.0)</u> sph - 2.50	Add + 1.75

Quantité :	Désignation	Prix
2	MONTURE <u>optique</u>	600 DH
2	VERRE <u>en optique Bleu 16</u> <u>Programme ACTIVA Total</u> <u>Anti-Reflexion</u>	3000 DH


Montant en lettre : Trois mille

TOTAL

3600 DH

Cachet, signature

PATENTE N° 33105988

 **sumica optique**
TAGNAOUTI A.
7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 27 33 83