

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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° M21- 042614

93854
☒ Optique
☐ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2068 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DOURRHAM AHMED
Date de naissance : 25 / 12 / 51
Adresse : 57 RESIDENCE LES IRIS, Rue Chakail
Nouamane - BEAU SEJOUR - CASABLANCA
Tél. : 06 22 79 09 83 Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae Bencheikrou
Ophtalmologiste
Res. du Palais Bd Ghandi
Tél./Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

Date de consultation : 29/10/21
Nom et prénom du malade : Belha Medou
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : crise de Bég
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 : 29 / 11 / 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
29-10-21		5	300 DH	Professeur Ouafae Benchrakroun Ophtalmologiste Res. du Palais Bd Ghandi Tél/Fax 022 36 37 08 Urgence 062 56 12 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

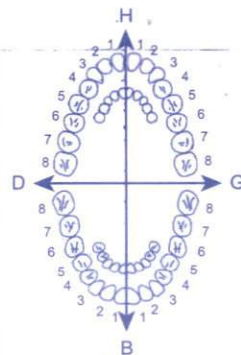
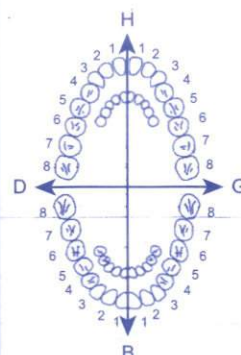
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EXTRA OPTIC Opticien Optométriste 115, Bd Ghandi - Casablanca	11/11/21					32000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<div>H</div> <table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td>B</td><td></td></tr></table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>					MONTANTS DES SOINS													
						DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشقررون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون
جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca , le

28/12/2021
Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi
Tél/Fax : 05 22 36 37 08
Urgence : 06 62 55 19 36

الدار البيضاء في

Belha Nader

Lunette VK

OD = +1,75 (-1,50, 90°)

OG = +1 (-0,25, 60°)

Add +2,50

EXTRA OPTIC
Opticien Optométriste
115, Bd Ghandi - Casablanca

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi
Tél/Fax : 05 22 36 37 08
Urgence : 06 62 55 19 36

Facture



Facture N° :
1228
Date :
2021-11-11
Client :
BELHAJ NADIA

**SOCIETE EXTRA
OPTIC**
115, Bd Ghandi
Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+1.75	-1.50	90	+2.50
VLVPG	+1.00	-0.25	60	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	VARILUXE ESSILOR CONFORT PREVENCIA	1	1400.00	1400.00
2	VARILUXE ESSILOR CONFORT PREVENCIA	1	1400.00	1400.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	400.00	400.00

TVA	20%	Total TVA	533.33
Total HT	2666.67	Net à payer	3200.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

trois mille deux cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE EXTRA OPTIC – 115, Bd Ghandi – 0522 233348 / 0680797471 – extraoptic@pubwebo.com
IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

EXTRA OPTIC
Opticien Optométriste
115, Bd Ghandi - Casablanca