

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etape Andalous - Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



Déclaration de Maladie

N° W21-681082

107093

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2292 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : Bouzid Abdelmoumen

Date de naissance : 06 01 1953

Adresse : Résidence El Moumen Mou 37 N°4 Bd Chérif Casablanca

Tél : 066339901 Total des frais engagés : 5300

Cadre réservé au Médecin

Professeur Ouafae Bencheikroun
Ophtalmogiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Honneur : 062 55 12 20

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 MAR. 2022

Nom et prénom du malade : Ammor

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : vice de Repl

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 08 103 1202

Signature de l'adhérent(e) : Bouzid

VOLET ADHÉRENT

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
15-2-22	CS		300DT	INP : 091021758 Professeur Ouafae Bencheikroun Ophtalmogiste 1 Rd Ghandi Casablanca 2020

Professeur Oufae Bencheikroun
Ophtalmogiste
rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
tél/fax : 0522 36 37 08
urgence : 067 55 10 36

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partenaire	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M		I V
Opticien Optométriste 80 Bir Anzarane (Casablanca) Email: libertyvision@live.fr	6/21/2022					1000,00 DH

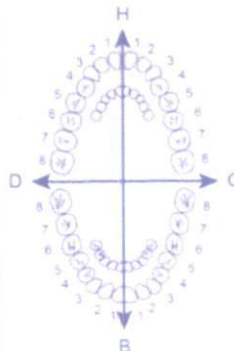
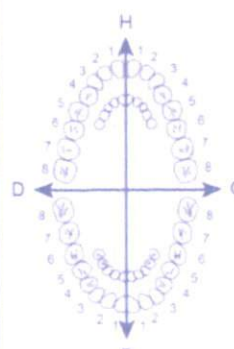
Cachet et signature
du Partenaire

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 d'hygiène.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

[illegible]

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a U-shaped chromosome. The two ends of the chromosome are labeled 'D' and 'C'. The centromeres are located at these two ends. The chromosome is divided into segments numbered 1 through 8 on both sides of the centromeres. The segments are arranged in a U-shape, with the centromeres at the top of the 'U'.

MONTANTS
DES SOINS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب وجراحة العيون

جراحة الشبكية

تخطيط أوعية الشبكية - الازر

عدسات الإتصال

Casablanca, le 15-02-22 في الدار البيضاء

Ammor Wafa

Lunettes ✓

OD = +0,25 (-0,50, 70°)

OG = +0,75 (-0,50, 130°)

Add +2,75

Optic LIBERTY VISION
Opticien Optométriste
107 Bd Bir Anzane (Ex Bd Raphaël)
Rés. Alyamama Casablanca
Tél: 05 22 25 16 25 - Email: libertyvision@live.ma

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmologiste
245, du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 05 22 36 37 08
06 62 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.

Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence ; 06 62 55 19 36

LIBERTY VISION



Résidence El Yamama
107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheïl)
Mâarif Casablanca
Patente N°: 35800120

Tél : 05 22 25 16 26
N° 0030539

إقامة اليمامة
107, شارع بئر انزاران
المعاريف الدار البيضاء
35800120 : البتانتا

Docteur : **OUAFAE BENCHEKROUN**

Mr. : **WAFIA AMOR**

Nomenclature :

2 Montures :

VL : **optique**

VP :

Type de Verres :

Originale AR
Amiles

VISION DE LOIN :

OD : Axe : **70°** Cyl : **-0,50** Sph : **+0,25** 1000,00

OG : Axe : **130°** Cyl : **-0,50** Sph : **+0,75** 1000,00

VISION DE PRES :

OD : Axe : **70°** Cyl : **-0,50** Sph : **+3,00** 900,00

OG : Axe : **130°** Cyl : **-0,50** Sph : **+3,50** 900,00

TOTAL :

Le : **21/09/22**

Cinq Mille Dh,

= **5000,00 DH**

PATENT
RC N°: 424508 IF N°: 40238037
CNSS N°: 5133327
CE: 00180717000004

Optic LIBERTY VISION
Opticien Optometriste
107, Bd Bir Anzarane (Ex Bd Rapheïl)
Rés. Alyamama Casablanca
Fax: 05 22 25 16 26 Email: libertyvision@live.fr