

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-691200

NB 232



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	3281	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ASSA R BANE A.B DELKRI 07	
Nom & Prénom :		14.12.1948		
Date de naissance :				
Adresse :				
Tél. :	06 61 13 25 64	Total des frais engagés :	4500,00	Dhs

Autorisation CNNP N° : A-A-215/0619

Cadre réservé au Médecin	Professeur Ouafae Benchekroun Ophtalmogiste Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca Tél/Fax : 0522 36 37 08 Agence : 062 55 10 2
Date de consultation :	14/01/2022
Nom et prénom du malade :	MAHAI HAYAT
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie de Re
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 : 13/03/2022

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
+2-3-22	CS		3000 dt	INP : 0110241881 Professeur Ouafaa Belkacem Chahed Fax : 03-2551935 Email : belkacemchahed@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR RAJAB El K imm E2- Tél : 05 20 13 00 INPE : 09 21 00	12/3/22	94,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
EXTRA OPTIC Opticien Optométriste 15, Bd Ghandi Casablanca	14/03/92	2	2	2	4500,00

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B D 35533411 00000000		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
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					

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 بنشرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الاتصال

Casablanca , le

12.3.22

الدار البيضاء في

Khai Haed L



94,05 XaiLin HA



Golly

e

J gto x48

Professeur Ouafae Benchekroun

Ophthalmogiste

Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca

Tél/Fax : 0522 36 37 08

PHARMACIE DAR EL KENZ
DAR EL KENZ
DR. BIDDA Rajaa
DR. DAR EL BOUZZA
Résidence E2 - DAR EL BOUZZA
101-1 Imm E2 - 05 20 13 28 69
Tél : 05 20 10 64 45
INPE : 09 21 06 45

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

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة وفاء بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جواحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الاتصال

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

Casablanca , le

12.3.22

الدار البيضاء في

Khai Hayah

aerette ✓

$$OD = +3,50 (-0,25, 70^\circ)$$

$$OS = +3,50 (-0,25, 80^\circ)$$

$$Add +2,75$$

EXTRA OPTIC
Opticien Optométriste
115, Bd Ghandi - Casablanca

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmogiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 06 22 55 10 2

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

Fax et Tél.: 05 22 36 3 / 08 - Urgence ; 06 62 55 19 36

Facture



Facture N° :
1091
Date :
2022-03-14
Client :
KHAI HAYAT

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

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+3.75	-0.50	30	+2.75
VLVPG	+3.50			+2.75

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	NIKON PRISIO FIRST 1.6 SC BLUE	1	1800.00	1800.00
2	NIKON PRISIO FIRST 1.6 SC BLUE	1	1800.00	1800.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	900.00	900.00

TVA	20%	Total TVA	750.00
Total HT	3750.00	Net à payer	4500.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

quatre mille cinq cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE EXTRA OPTIC – 115, Bd Ghandi – 0522 233348 / 0680797471 – extraoptic@outlook.com
IF: 15298485 - ICE: 00030590800034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

EXTRA OPTIC
Opticien Optométriste
 115, Bd Ghandi Casablanca