

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1955

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAL LAAYOUN MORAD

Date de naissance : 1951

Adresse : Résidence Attadameur, Rue 2 Im 78

OLFA Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 5140.00 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
A Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tel. 05 22 95 12 89

Date de consultation : 21/02/22

Nom et prénom du malade : KHAL LAAYOUN MORAD Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 : 26/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/03/2022	CR		3000 Dhs	<i>DR. LAUDIA KHAYAR OPHTHALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés AT Afaf, Etage N° 2 - Casablanca Tél. 05 22 95 12 89</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Q</i>	02/03/2022	PHARMACEUTIQUE 4000 Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

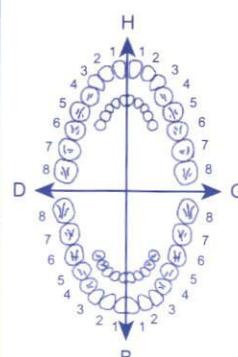
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>ALPHA VISIO</i>	23/03/2022					4800,00 Dhs

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

- Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Permis de Conduire

21. 02. 22
Casablanca, le : الدار البيضاء، في:

72 KHA Mayou NORAD.

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT + 3,00 (-975, 90)

OEIL GAUCHE + 3,75 (- 1, 95)

Dry eye friendly lens after my surgery

ADDITION VISION DE PRES

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

+ 2,00
/ 1
opt

ALPHA VISION
Optique et Vision
Opticien optométriste contactologue
N° 49 Boulevard Mohamed Zerktouni Gueliz-Marrakech
Tel: 05 24 43 38 01 - Email: contact.alphavision@gmail.com

PHARMACEUTICALS LTD.
DR. ZOKHRA SAB
1988 BD Qadri Darbari
El Amrahi Qadri El Amrahi
T414-052291165

Facture N°

28

Le 02/03/22

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
1	Dermovac gel	4000.	



OPTIQUE & VISION

NOM: Mr. KHALLAYOUN Morad

FACTURE N° 22/1271

DATE: 23/03/2022

QUANTITE	DESIGNATION	MONTANT
1	MONTURE	800.00
1	VERRE PROGRESSIF ESSILOR VARILUX COMFORT 1.5 PREVENCIA	2000.00
1	VERRE PROGRESSIF ESSILOR VARILUX COMFORT 1.5 PREVENCIA	2000.00
TOTAL		4800.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME: QUATRE MILLE HUIT CENT DIRHAMS

Mode de paiement: ESPECE

CORRECTION:

	SPH	CYL	AXE	ADD
OD:	+3.50	-0.75	90°	+2.50
OG:	+3.75	-1.00	95°	+2.50

PRESCRIT PAR DR : KHAYAR BENJELLOUN LOUBNA

Le 21/02/2022

