

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06856

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHEMSI CHOUKRI

Date de naissance :

01.04.1967

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 06 61 41 61 06

Total des frais engagés : 5.300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmogiste
Rés. du Palais Bd Ghardi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 0522 36 37 08

Date de consultation : 28/06/2017

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CMN

Le : 20/06/2017

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0053710

120172

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
8-6-22	6	300 DT		 <i>Benchekroun iste Casablanca 27/06</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

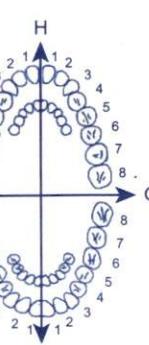
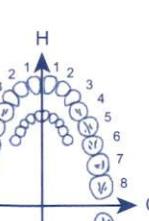
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>EL-SOURAINI Latifa Ophtalmologiste "Optique Beauséjour" Avenue Omer K. Khayat 22 23 44 27 Casablanca Tél: 0522 2063 - Pat. 0010800000840</i>	20/06/2022	1	par	de l'ltg		5.000,00

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												
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td><td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td><td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	D	B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G														
D	B														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

OPTIQUE BEAUSÉJOUR



Latifa EL GOURAINI
Opticienne - Optométriste

26 Avenue Omar Al Khayam
Galerie Beausejour - Casablanca
Tél.: 0522 23 44 27

I.F.; 51102063 - PAT: 34800565 - R.C : 254026
CNSS: 2627737 - ICE: 001080780000032

Le 20/06/2022

M : CHENSI INPE 09/000645
Dr : BEN CHEKROU

FACTURE 0004500

FOURNITURES	N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION	MONTANT
MONTURE		1200,00
OD { - Verre torique X - Verre sphérique - Minéral - Organique X	431 program N1 Kon + Sec cool UV blue	1900,00
OG { - Verre torique X - Verre sphérique - Minéral - Organique X	431 program N1 Kon + Sec cool UV blue	1900,00

(T.V.A. 20% Incluse) **TOTAL :**

Arrêtée la présente facture à la somme de

EL GOURAINI Latifa
Opticienne - Optométriste
« Optique Beausejour »
26 Avenue Omar Al Khayam
Tél: 0522 23 44 27 - Pat: 34800565
I.F: 51102063 - ICE: 001080780000032
CNSS: 2627737

Ang. ille du

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 بنشردون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الابزير

عدسات الإصال

Casablanca , le

8-6-22

الدار البيضاء في

Chemsi Choukri

AL GOURAINI Latifa
Opticienne - Optométriste
« Optique Beauséjour »
26, Avenue Omar Al Khayam
Tél: 0522 23 47 22 Casablanca
IF: 51102068 - Pat: 34800565
CNSS: 2627737 - CE: 0010807800003
INPE: 109800840

Leenelle

V

$$\text{OD} = -1 \left(-0,75, 35 \right)$$
$$\text{OS} = -1,25 \left(-0,50, 170 \right)$$

Add +2,25

verres mag shs
anti reflet
Bleu

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax: 0522 36 37 08
Urgence: 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 3 / 08 - Urgence : 06 62 55 19 36