

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 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

M22- 0014790

131372

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2530 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHIKHAOUI AHMED
 Date de naissance : 30.06.52
 Adresse : HABITUELLE
 Tél. : 0627586158 Total des frais engagés : 1759.00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29 SEP 2022
 Nom et prénom du malade : CHIKHAOUI AHMED Age : 70 ANS
 Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Glaucome
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASA Le : 20/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
20/09/22	C3	250	11509,00	Dr. Omar BENNIS Ophthalmologiste 11-836, V. Aba Chouaï Doukkal, Dnasia 3 2ème Etage - Casablanca Tél.: 05 22 281 541 - 080 83 84 203

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAHEDDINE SELMA HASSOUNI 756, Boulevard Oued Sebou Tél: 05 22 90 50 06 - Casablanca	20/09/22	11509,00

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	

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'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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur Omar BENNIS

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex.Praticien à l'Hôpital 20 Août Casablanca

Chirurgie de la Cataracte
OCT - Laser - Angiographie

الدكتور عمر بنيس

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابقاً بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء
التصوير المقطعي - الليزر - انجيوجراف

INPE :



091163675

Casablanca, le

le mardi 20 septembre 2022

Monsieur Ahmed CHIKHAOU

147,00

- THEALOSE Collyre :
Une goutte x 4 par jour pendant 1 mois.

227,00 x 6

- GANFORT COLLYRE : 6 Flacons
Une goutte le soir dans les deux yeux

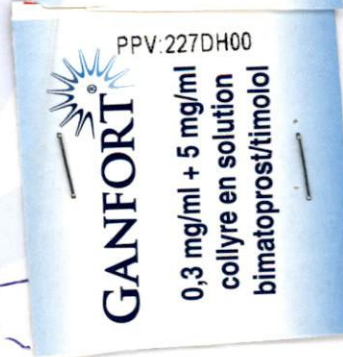
Taitement Continu RENOUEVABLE (Traitement de 6 m

1509,00

PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI
756, Boulevard Oued Sebou
Tél : 05 22 90 50 06 - Casablanca

Dr. Omar BENNIS
Ophtalmologiste

N° 836, Av. Aba Chouaib Doukkali, Drissia 3
2ème Etage - Casablanca
Tél : 05 22 281 541 - 080 83 84 200



836, شارع ابا شعيب دكالي, دريسيا 3, الطابق 2, (أمام مرجان درب سلطان) الدار البيضاء
N° 836, Bd Aba Chouaib Doukkali, Drissia 3, 2ème Etage (en face de Marjane Derb Sultan)
Tél : 05 22 28 15 41 / 08 08 38 42 03 - E-mail : bennis.opht@gmail.com
TP (Patente) : 33660018 IF : 40477949 CNSS : 9111303



PPV:227DH00

0,3 mg/ml + 5 mg/ml
collyre en solution
bimatoprost/timolol



PPV:227DH00

0,3 mg/ml + 5 mg/ml
collyre en solution
bimatoprost/timolol



PPV:227DH00

0,3 mg/ml + 5 mg/ml
collyre en solution
bimatoprost/timolol



PPV:227DH00

0,3 mg/ml + 5 mg/ml
collyre en solution
bimatoprost/timolol