

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 33.93

Société : RAM 142442

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEKROUN RACHID

Date de naissance : 11/11/61

Adresse :

Tél. : 0661147603 Total des frais engagés : 20.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 DEC 2021

Nom et prénom du malade : BEN CHEKROUN RACHID Age : 61

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 : Casablanca

Le : 20/12/2022

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
	S		3004	CHIRURGIEN DENTISTE N° 0922478390 Médecin biologiste N° 0922478390

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/2022	760,90

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	
NETTE A HITA B Praticien : Boulangerie Boulevard Boulangerie Cteur Sijimass 50 Phar. Casablanca Gsm: 06 64 86 51 20	29/12/22			Monture + 2 jennes		950 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de Casablanca
Ex médecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie réfractive
Contactologie
Maladies rétinienne
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتور

اختصاصي

خبرجة كلية الم

طبية سابقة با

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكي العين

اللاز - فحص القرنية

06H025
٤/٢/٢٠٢٥
224093E
N.07:

Casablanca le : 19 décembre
2022

Mr. BENCHEKROUN Rachid

1/ BLEPHAGEL

1 application matin et soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

2/ VIKET

1 gouttes 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

3/ VISIONLUX COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss Slaoui - Lot Val d'Anfa
Casablanca - Tel. 05 22 39 79 41
ICE 001875041000026

3 x 147.00

441.00

52.90

3 x 89.00 = 267.00
100.90

ملحق شارع مولاي يوسف و زنقة النادو - فلاليق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd. Moulay Youssef & Rue Nadoud 3ème Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني : Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com

RIMAPHARMA
PVC : 89,00 DH

UX
PLUS

RIMAPHARMA
PVC : 89,00 DH

VISIOFLUX
PLUS

RIMAPHARMA
PVC : 89,00 DH

VISIOFLUX
PLUS

P.P.C : 147,00 DH

Blephagel



Gel stéril
et sans conservateur
Hygiène quotidien
des paupières et des ci-
des pompe airless

30

PPC 147,00 DH

P.P.C : 147,00 DH

DR ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie réfractive
Contactologie
Maladies rétinianes
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

اختصاصية طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلاة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص وتصوير شبكي العين

اللазر - فحص القرنية

19 décembre
2022

Casablanca le :

Mr. BENCHEKROUN Rachid

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VP : OD = + 2.50 (- 0.75 à 172°)

OG = + 2.00 (- 0.50 à 173°)



ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3^{ème} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél .. 0522 47 53 90

Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com البريد الإلكتروني :

Lunette à l'oeil

**Angle Boulevard Bourgogne et
Avenue du Docteur Sijilmassi
(Ex. Avenue du Phare)
GSM: 06 64 86 51 20
Tél.: 05 22 47 12 15**

Casablanca, le : 29/12/2022

Client: Mr. BENCHERMOON Rach!

Facture 0000377

Cachet

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

**Montant Total
T.T.C**

R.C : 296755 - IF : 14486032 - Patente N° : 35651113 ICE : 001409421000091