

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 : **3731**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Afrite Bennani Hakeim

Date de naissance :

Adresse : **Residence Prestige Palais Marine Apt A12 Casablanca**

Tél. : **0661472229**

Total des frais engagés : **488,60 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mouna BENHADDO
Ophthalmologiste
16. Bis Angle Bd My Youssef
31er Résidence Sora
22 88 08 08

Date de consultation : **17/03/2023**

Nom et prénom du malade : **AFRITE BENNANI HAKEM** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 : **Casablanca**

Le : **17/03/2023**

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 l'ensemble des Actes
17/31/23	C ₃		300.-1c 80.88 22.08 31.08 DR MOUNA BENHADDO DENTISTE ORTHODONTISTE RESIDENCE MY YOUSSE	DR MOUNA BENHADDO DENTISTE ORTHODONTISTE RESIDENCE MY YOUSSE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/31/27	11 290.-14
	19/31/23	75.90.-14

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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
				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 Bidisciplinaire

Ophtalmologie / Gynécologie - Obstétrique



Professeur Mouna BENHADDOU

الدكتورة منى بنحدو

Ex- Professeur A. à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtalmologiste

اختصاصية في جراحة و أمراض العيون

Maladie et chirurgie des yeux-Ophtalmologie Pédiatrique-
Strabisme-lentille de contact-Rétine

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le :

17 mars 2023

Professeur Noureddine MATAR

الدكتور مطار نور الدين

Professeur et Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd.
Diplômé de l'Université René Descartes (Paris-France)
et de l'Université Illinois (Chicago - USA).

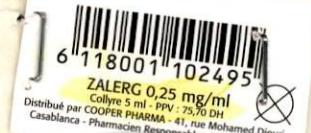
Gynécologue - Obstétricien

اختصاصي في أمراض النساء و الولادة

Chirurgie et Cancérologie Gynécologique et Mammaire
Chirurgie et Traitement de la stérilité

Consultation sur rendez-vous

ضاء في :



ZALERG COLLYRE

1 gtt 2 fois / j pendant 2 mois, dans les deux yeux

FUCITHALMIC GEL

1 goutte 2 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
AMM N°164
DMP/21/NRQ
PPV : 37 DH 20 6 118001 200818

37,20

PHARMACIE BOULEVARD QODS
El HAKEMI
Boulevard El Qods
Tel: 05 22 52 39 39
Casablanca



Dr Mouna BENHADDO
Ophtalmologiste
16 Bis, Angle Bd My You
et Hassan 1^{er} étage Résidence
Andaloussia Imm 34, N° 100
Casablanca - Tel: 022 99 61 61

05 22880808 16 مكرر، زاوية شارع مولاي يوسف وشارع الحسن الأول - إقامة صرور- الطابق الأول (قرب قنصلية أمريكا) - الهاتف/fax : 16 Bis, Angle Boulevard Moulay Youssef et Hassan 1^{er} - Résidence Sorour - 1^{er} étage (Près du consulat USA) Tél/Fax : 05 22880808

GSM : 0666895515 / E-mail: noureddinematar@gmail.com - mounabenhaddou@gmail.com