

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

- 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.

N° W21-785740

164879

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricule : 4726 | Société : R.A.M | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : BENNOUINA Mohamed | | |
| Date de naissance : | | |
| Adresse : Rue Dr Benali Ben Khair - | | |
| Tél. : 06 63 77 70 03 Total des frais engagés : 100,30 Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Dr. BENNOUINA Mohamed Ophtalmologiste Maladies & Chirurgie des yeux 121, AV HASSAN II CASABLANCA Tél. : 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 | |
| Date de consultation : 12/06/2023 | |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2 JUIN 2023 | |
| 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 : 12/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : E. L. H.

| 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 |
| 12/04/2023 | Examen | 3000 | | INP : <input type="text"/> |
| | | | |  Dr. BERNARDINA Motta Ophthalmologiste & Chirurgie d' CAS |
| | | | 001037000 | |

| | | |
|---|----------------------|-----------------------|
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 17.04.2023 | 100,30 |
| | Envoi à la pharmacie | |
| | Numéro de la facture | |
| | 13700023 | |
| | 299 | |

Dr Bennouna Mohamed

OPHTHALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris
Maladies des Yeux
Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين والجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 17 avril 2023

Mme FILALI HINDA

45,90 CILOXAN : collyre



54,40 TOBRADEX : pde

1 application / jour, le soir au coucher



TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
0,3/0,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



Traitements pendant : 8 jours, dans les deux yeux

100,30

PHARMACIE SIDI EL AÏCHA
DU 22/07/2023 AU 22/07/2023
45 AVENUE HASSAN II CASABLANCA
Tél: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 55
ICE: 00254213700003

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
47, Av. HASSAN II CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 55

47, Av. Hassan II, 1^{er} étage - Casablanca شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 : الهاتف : E-mail : bennouna.oph@gmail.com

TRAM : Station Place M^{ed} V طرام : محطة ساحة محمد الخامس