

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-770516

168242



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 3249 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNANI - Nostafa

Date de naissance : 24-09-1957

Adresse : 3 Rue HAFID BOUAFI AP 3 CASABLANCA

Tél. : 0661186986 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17-06-2023

Nom et prénom du malade : BENNANI Nostafa Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affectée Oculaire ODG

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 : Le 17 Juin 2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : BENNANI Nostafa



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
17/06/2023	As	300 w	300 w	INP: 091840931        

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie TOUCAULD</p> <p>27, Rue Moussa Boudouassal Gauthier Casablanca Tel : 05 22 26 42 12</p> <p>-092028802</p>	27/06/93	436,20

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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	INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>												
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>												

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la Cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
جراحة المياه البيضاء - الحول
القناة الدمعية - إزالة النظرات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العين

17 juin 2023

Monsieur BENNANI Mostafa

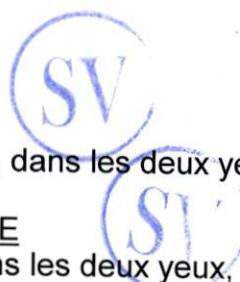
892,00

- ZIOPTAN COLLYRE

1 goutte, le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 3 mois

- VISMED MULTI COLLYRE

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois



Ti 436,10

Pharmacie FOUCAULD
27, Rue Mousa Benou Noussair
Authier Casablanca

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE
Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca

⌚ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84
Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12



Docteur CHELLY Chafik
82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE
Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca
Tél : 05 22.25.83.70
Fax : 05 22.23.30.53
Mobile : 06 61.33.04.44

زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2
عماره فيات & جيب - الطابق الثاني حي - التخليل الدار البيضاء
⌚ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84
06 52.10.00.12 : ⌚ 06 61.33.04.44
مستجدلات :