

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

- Reclamation : 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.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 1825 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | BEN SALMIA Zouhdi |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | | Total des frais engagés : | |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan |
| 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'adjudicataire. | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : _____ Le : _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

| |
|---|
| VOLET ADHÉRENT |
| Déclaration de maladie |
| N° W21-807371 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |
| Matricule : _____ |
| Nom de l'adhérent(e) : _____ |
| Total des frais engagés : _____ |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Medecin attestant le Patient des Actes |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14/09/2023 | CS + K10 keratomalacie | 1 | 300,00 Dhs | Dr BENJELLOUN Mohamed El Spécialiste en Ophtalmologie et Chirurgie des Yeux Bab El Khaltoun 2 ^e Etage Casablanca 022 8200 0553386345 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 14/10/23 | 418,- |

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENJELLOUN Mohamed Faycal
Medecin Spécialiste en Ophtalmologie

Pathologie vitréo-rétinienne

102, Bd Zerkouni - Casablanca

Tramway : Station Av Hassan II

E-mail : drbenjfay@hotmail.fr



الدكتور محمد فيصل بنجلون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

أمراض وجراحة الشبكة

Tél.: 05 22 27 82 00 - 05 22 22 19 64

Fax : 05 22 27 06 71

Urgences : 06 53 38 63 46

14 Juillet 2023

Casablanca le

Mme BENSALMIA Zoubida

54,- + 2 = 56,- **SV**

1/ Xailin HA collyre :

1 goutte 4 fois par jour et au besoin sans limites et sans arrêt

41,- **SV**

2/ Gel larmes pomade :

1 application par jour le soir pendant 10 jours aux deux yeux

18,- **SV**

3/ Blefarette lingettes :

Massages oculaires matin et soir pendant 10 jours puis au besoin

Dr BENJELLOUN Mohamed Faycal
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
102 Bd Zerkouni 2^e Etage Casablanca
Tél 05 22 1250 P 0653386346

418,-



Patente : 34293228

ICE : 001798664000092

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS

PPC 189,00 DH

GEL-LARMES - Gel. Oph. Tube de 10 g
PPV : 41.065 H

PPV : 41.00%
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI