

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nature de maladie

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5965 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 4370 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophthalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
17 AV. HASSAN II CASABLANCA
tel: 05 22 22 37 96 / 05 22 32 17 58

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/12/23


ACCUEIL BOUZACHANE

5

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes
15 DEC 2023	C		300-00	DR. BENNOU Ophthalmologiste Maladies & Chirurgie des Yeux 1 Av. HASSAN II CASABLANCA 022 67 96 05 22 48 13 58 10212

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU MARCHÉ M. G. LEBRUN 02 32 42 22 00	15/12/2023	2 € 00

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
		AM	PC	IM	
	15/12/13	M	T	V	3800

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
																			
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H	G																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(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																			

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 15 décembre 2023

35,00 x 2

Mme BOUGAMIR Samira

EOLE dual: collyre

1 goutte 3 à 4 fois/jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

IC: 0035421370003
Té: 05 22 22 07 95
AVENUE HASSAN 2 - CASABLANCA
DU CENTRE CRISTALINA
PHARMACEUTIQUE
DU MAROC
SOCIETE D'INDUSTRIE
DU MAROC



47, شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

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

طرام : محطة ساحة محمد الخامس V

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 15 décembre 2023

Mme BOUGAMIR Samira

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques,
Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre anti-
lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.75

OG = + 0.50 (- 0.25 à 85°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

Dr. BENNOUNA Mohamed

Ophthalmologiste

Maladies & Chirurgie des Yeux

47, Av. Hassan II Casablanca

Tél: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

ADEN
Optique Opticien Optique Contact
Lentille de Contact et Réseaux El Fath n° 4
Casablanca - Maroc - Tél: 05 22 23 52 22

47, شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء Casablanca

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

طرام : محطة ساحة محمد الخامس V



Mme Samira BOUGAMIR

FACTURE N° : F115215

Date : 15/12/2023

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
2		VERRE PROGRESSIF ANTIREFLET	1500.00		3000.00	20.0
1		MONTURE OPTIQUE	800.00		800.00	20.0

Corrections :

VL D. Sph: +0.75 Add: +2.25
 VL G. Sph: +0.50 Cyl: -0.25 Axe: 85° Add: +2.00
 VP D. Sph: +3.00
 VP G. Sph: +2.75 Cyl: -0.25 Axe: 85°

Paiements	
Acomptes	3800.00
Tiers payant	0.00
Montant total payé :	3800.00
Solde :	0.00

Totaux	
Total hors TVA :	3166.67 Dh
Montant TVA :	633.33 Dh
Total TTC :	3800.00 Dh

ADEN OPTIQUE SARL
 Opticien et Optométriste
 Lot 11 Bâtiment 1000, Route n° 4
 Casablanca - Tél: 0522362905