

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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° W21-818545

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13.892 Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OUAZA HROU Houda 189100
Nom & Prénom : OUAZA HROU Houda			
Date de naissance : 07.12.1991			
Adresse : Résidence Nada, Imm. R, 3 ^e étage, Naârif, Casablanca			
Tél. : 06.53.98.49.26 Total des frais engagés : 3.300 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
	Docteur Mohamed BENAISSI Ophtalmologiste 54, Bd. Rachidi - Casablanca tel: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22
	Date de consultation : 03/10/2023
	Nom et prénom du malade : OUAZA HROU Houda Age :
	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : Affection oculaire
	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 Date : 03 JAN 2024
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* Le : 30/11/2023



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
03/10/23	C2		300,-	INP : 091025155 Docteur Mohamed BENNANI Ophthalmologiste 54, Bd Rachidi - Casablanca T : +212 / 0522 22622

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

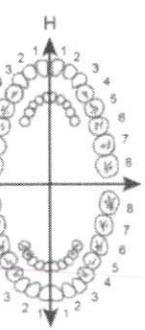
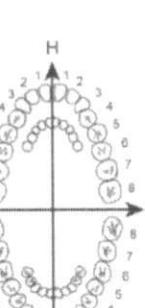
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
K-Om <i>opde</i> Ayad El Khaoula INPE: 095023958 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellaziz 22k Cambilanca Mila	20/04/20 30 72					3000,100

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	INP : <input type="text"/>						
				COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> $ \begin{array}{c c} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $ <p style="text-align: center;">B</p>			H		D	G	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H										
D	G									
B										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine

des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض و جراحة الشبكة

داخلي سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 03 octobre 2023

OUAZAHROU Houda

**Monture + verres correcteurs Antireflets
Organiques**

VL : OD = + 2.00 (- 0.50 à 50°)

OG = - 0.25 (- 1.00 à 10°)



54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 Fax : 05.22.22.73.22
05.22.22.73.22 ، شارع الراشيدي الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس :

ICE 001709416000017

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض و جراحة الشبكة

داخلي سابق بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le mardi 03 octobre 2023

HONORAIRES :

Mlle OUAZAHROU Houda

Acte : Consultation : C2.

Montant : 300 DHS (TROIS CENTS DHS).

Docteur Mohamed BENNANI
Ophthalmologiste
54, Bd. Rachidi Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22



Facture N° 001221

Casablanca Le : 30/12/023 ANADL
N° EEE-0001

Mr(e) : On A Fashion Show 11.2017

N° De Nomenclature : 2 1 3

Docteur : MOHAMED BENMAMI

Monture : P. H. Q.P.		1000,-
Verres : A. A. 10 AR		
Vision De Loin :		
OD : -1,00 +0,12		1000,-
OG : -1,00 -0,21		1000,-
ADD :		
	TOTAL:	3000,-

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De :

Hass M. Pk

K-One Optic
Ayad El Khaoula
N°P.F. 095023958
Mly. Abdellatif
304

RC :436474, IF :31900763, TP :34000981, ICE :002270067000066, INPE :095023958
102 Bis Rue 50 Hay My Abdelah Ain Chock Casablanca - 20470