

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9588

Actif Pensionné(e) Autre : R.A.M

Nom & Prénom : CHYATE Mohcine et

Date de naissance : 1956

Adresse : HABIB THUREILLE

Tél. 06 68 61 55 72

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 Nove 2023

Nom et prénom du malade : LAHOUSSI RABIA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Ametropie Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Améthropic

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 JAN. 2024

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 : Caran Le : 11/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : Caran

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
20 Nov 2022	Khalid Kuo	2500		Dr Khalid BANNAI OPHTHALMOLOGISTE Bd Ibn Tachfin et Ibn El Attar Mourakuchi Rés Fatima Zia N° 6 Garde

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BANQUEE	20/11/2022	5200

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	IV	
OPTIQUE ALAY	45/10/2024					500.00 DH
MARWA LAMGARTI						
Opticienne Optométriste						
TEL : 05 22 60 35 98						

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553	
D	00000000	B	00000000		
	35533411			MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

[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

Docteur Khalid BANINE

Ophtamologiste



- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Glaucome - Voies Lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

الدكتور خالد بنين

إختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الجلاة - المحو - مسالك الدموع
- داء الزق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايتك

20 NOV 2023

الدار البيضاء . في :

Casablanca, le :

LAMRANIET Rabia

Mme Mafressine

ODG + LIP ADD + LDO

J-Drew - DS Mme

S.V

18/12/3

52,00 DH

~~OPTIQUE AL HAY~~
~~MARWA LAMGHARI~~
~~Opticienne et Optométriste~~
~~TEL : 05 22 60 35 98~~

Dr Khalid BANINE
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Al Adrâa
1 Mourakuchi Rés. Fatima Zahra
2ème étage N° 6 Casablanca



Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Al Adrâa El Mourakouchi
Résidence Fatima Zahra II 3ème étage - N°6 Casablanca
(au dessus de Marjane Market et Bank of Africa)
Tél. : 0522 61 22 22

E-mail : kbanine@gmail.com

زاوية شارع ابن تاشفين و شارع ابن العذراء المراكشي
إقامة فاطمة الزهراء II الطابق 3 رقم 6 - الدار البيضاء
فوق مرجان ماركت و بنك أفريقيا)
الهاتف : 0522 61 22 22

Facture

**Facture N° :****2781****Date :**

2024-01-15

Client :LAHROUSSI
RABIAA**OPTIQUE AL HAY**HAY MOHAMMADI CITE ONCF
BD CHOUHADA BLOC 9 N 476

Tel: 0522-603598

INPE**095028445**

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+1.75			+2.50
VLVPG	+1.75			+2.50

Nº	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.5	1	1500.00	1500.00
2	PROG ORG 1.5	1	1500.00	1500.00
3	Monture	1	500.00	500.00
TVA		20%	Total TVA	583.33
Total HT		2916.67	Net à payer	3500.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

trois mille cinq cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

OPTIQUE AL HAY – HAY MOHAMMADI CITE ONCF BD CHOUHADA BLOC 9 N 476 – 0522-603598 –
IF: 20790544 - ICE: 001939621000048 - RC: 381513 - TP: 31990769

OPTIQUE AL HAY
MARWA LAMGHARI
Opticienne et Optométriste
TEL: 05 22 60 35 98