

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.

M23-0019757

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|---------|
| Matricule | 3496 | Société | R-A-023 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Ag4704 |
| Nom & Prénom : BENCHAK ROUANE AFIFA | | Date de naissance : 30/05/1956 | |
| Adresse : 112 Haj MLAGI EL ADRAR, Résidence 3ème étage | | Tél. : 06-65-99-97-44 | |
| | | Total des frais engagés : 958,10 Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|--|---|---|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. SAÏFAOUI Nour Ophtalmologiste 193, Bd Oum Rabii, Etage 1 Oufa - Casablanca Tel : 05 22 93 03 80 </div> | | |
| Date de consultation : | 07/12/2023 | Age : | |
| Nom et prénom du malade : | BENCHAK ROUANE AFIFA | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Glaucome | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input checked="" type="checkbox"/> 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 : | Le : 12 FEV. 2024 | | |
| Signature de l'adhérent(e) : | | | |

MUPRAS
BOUAACHANE

ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/12/23 | 08 | 8/100 | 800 | Dr. SAÏD AÏSSI Ophtalmologue 193, Bd Oum Rbia, Etage 10 10000 Casablanca Tél: 05 22 32 03 80 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| 9/12/23 | 35810 | 950 260 |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

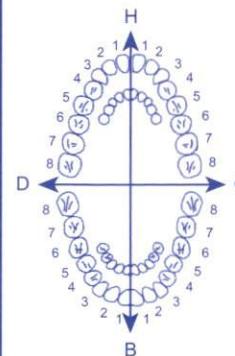
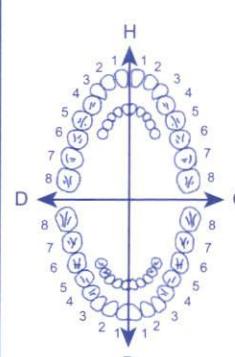
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

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 |
|--|---|--|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
|  | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| | D | 00000000 00000000 35533411 11433553 | | |
| | B | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | Montants des Soins |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'Execution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nora SAIFAOUI

Ophtalmologiste

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot

Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France

Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

- Chirurgie réfractive

- Maladies et chirurgie des paupières

- Maladies de la cornée (kératocône)

- Maladies de la rétine

- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



د. نورة الصيفاوي

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس

دبلوم الجراحة الانتسارية تصحيح النظر ببرست

طبية ساقية بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة والليزر

- تصحيح البصر

- أمراض العين وجراحة الجفون

- أمراض القرنية

- أمراض الشبكية

- الليزر

ORDONNANCE

07 décembre 2023

Casablanca, le

Mme BENCHAKROUNE Afifa

MONOPROST

1 goutte une fois par jour , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

HYLOGEL

1 goutte 3 fois par jour et à la demande , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

Pharmacie Univers Santé
Hicham JAMALI
140, Faub. El Ouir
Tel: 05 22 98 09 66 - Casa

Dr. SAIFAOUI Nora
Ophtalmologiste
193, Bd Oum Rabiaa (à coté de lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 03 80 / 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66

193، شارع أم الريح (قرب ليديك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté de lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583

Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

2025-09

6 118001 072583

Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

LOT

305741

PPC:

180 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 30/20/DMP/21/NRQDNM
PPV : 140,10 DH

406153 MA

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 30/20/DMP/21/NRQDNM
PPV : 140,10 DH

406153 MA