

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-578563

195949

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7809		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BENMOUSSA YASSIR			
Date de naissance : 09/08/69			
Adresse : 19 Rue Tuley Gres OASIS			
Tél. 0661210466		Total des frais engagés	
		Dr. MOUAD EL KADIL	
Ophtalmologiste			
Cadre réservé au Médecin : La Grange Centre RES ET KHER Abd 112 Elg 1 H.M Tel: 05 22 61 24 52 - CAS INPE : 091049203			
Cachet du médecin :			
29 NOV 2023			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BENMOUSSA Yassir / Fikri Age :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : Verte de la poitrine			
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.			
21 FEV. 2024			
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 : / /			
Signature de l'adhérent(e) : 			

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

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
23 NOV 2023	Dr.	250.000	Dr. MOUAKHLIS KADDOUF INPE : 091019205 OPA 14 Bd La Grande Combe 74 Bto 1 H.M. TEL 05 22 67 21 52 CAS	4001 12 Eto 1 H.M. TEL 05 22 67 21 52 CAS INPE : 091019205

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
O'PTICA Houda MADDAH Opticienne Optométriste Rue Abdou Salt Andalousi Béja - Tél: 0522 25 55 55 095021853	19/12/2023					1600 m

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]															
					MONTANTS DES SOINS [REDACTED]															
					DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]															
					FIN D'EXECUTION [REDACTED]															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
<hr/>																				
G	00000000	00000000																		
B	35533411	11433553																		
					DATE DU DEVIS [REDACTED]															
					DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]															

Dr. EL FADIL Mourad

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie des Yeux

Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophtalmologie



الدكتور الغافضيل مراك

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة

تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون

29 NOV. 2023

Casablanca, le: الدار البيضاء، في:

BEN MUSSA YOUSSEF . FOUASS.

VERRES POUR LA VISION DE LOIN :

+ MONTURE

Oeil Droit :

+050 (-150 à 20)

Oeil Gauche :

+075 (-2 à 160)

ADDITION VISION DE PRES :

anti-
V

OPTICIA
Houda MADDAH
Opticienne Optométriste
15bis, Rue Abovyan - 1er étage - 10522 25 55 55
INPI : 095021853

Dr. Mourad EL FADIL
Ophthalmologiste
16 Bd La Grande Ceinture 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca
El Kheir Apt. 112, Etage 1, H.M. Casa
Tél.: 0522612452 INPI : 091049205

إقامة الخير 76، شارع الحزام الكبير الطابق الأول رقم 112 - الحي المحمدي - الدار البيضاء - (جانب قسارة عزيزة)

Résidence El Khair - 76, Bd la Grande Ceinture 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 22 61 24 52 - (à coté du Kissariat Aziza)



**Mr BENMOUSSA YOUSSEF
FIRASS**

Casablanca, 19/12/2023

Facture n°2023/12/11

Désignation	Qté	PU TTC	TOTAL TTC
Monture :	1	1200.00	1200.00
Verre : organique fort indice 1.6 antireflets avec filtre anti lumière bleue	2	700.00	1400.00
OD : +0.50 (-1.50)20 OG : +0.75 (-2.00) 160			
		Montant TVA(20%)	433.33DH
		TOTAL TTC	2600.00DH

O'PTICIA
Houda MADDAH
Opticienne Optométriste
15bis, Rue Abou Salt Andalousi
Casablanca - Tel: 0522 25 55 55
INPE: 095021853

15 bis, rue Abou Salt Andalousi, Maarif. Tel : 05.22.25.55.55 – 06.61.32.68.23
RC : 26754 - IF : 26190014 - ICE : 002112932000028 - INPE : 095021853
Mail : opticia.maarif@gmail.com