

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-704163

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0738

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Dernouri Zohra

98012

Date de naissance :

19/01/24

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

426,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENNOUINA Mohamed
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
7, AV. HASSAN II CASABLANCA
44-05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/01/24

Nom et prénom du malade :

Zohra Dernouri

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

ACUTE

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 :

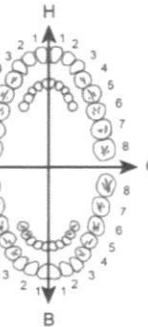
Signature de l'adhérent(e) :

doty

Le : 19/01/2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
19/01/24	U	500 M		INP : <input type="text"/> DR. BENITOUNA Mohamed Ophtalmologiste Assan II CASABLANCA 22987/05 22 48 13

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13, rue du Docteur Hippolyte MÉDECIN DE LA MÉDECINE DE LA MÉDECINE DE LA	10/10/1974	186.- L.D

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'ODF																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (empty table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION																		
				FIN D'EXÉCUTION																		
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table 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>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B	B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

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 19 janvier 2024

Mme DERMOUNI Zohra

OPTIPRED: collyre

83.40

2 gouttes 4 fois / jour pdt 8 jours, puis x 2/j pdt 8 jours, dans l'œil gauche

TIMO-COMOD 0.5 % flacon 10 ml

1 goutte x 2/j ; 8 h & 20 h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

103.00

103.00

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103.00 DH

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103.00 DH

أوبتيبرد®
Optipred®
AL 0494
Lot: 10 23
Fab: 10 25
Exp: 10 25
PPV: 73 DH 40

Dr BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
17, Av. HASSAN II CASABLANCA
05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 59

47, AV. Hassan II, 1er étage - Casablanca 47 شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

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

طرام: محطة ساحة محمد الخامس V TRAM : Station Place M^{ed} V