

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.

Medecine 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.

Educations :

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 canaux, 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 canaux.

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19- 0014597

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2114 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ACHIL ABDELCHANI Date de naissance : 11/1/1953

Adresse : 13 RUE MOHAMED AL AYUBI ATC 2 ADT 4 BOURGOGNE

Tél : 0678990025 Total des frais engagés : 256000000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue L. Boulay Casablanca
Tél : 05 22 20 98 99 / 05 22 20 98 97
Fax : 05 22 20 98 99 - Casablanca

Date de consultation : 23/10/2019

Nom et prénom du malade : Mme BOUHSINE ACHIL Age : 57

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : SSA Le : 23/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : ACHIL

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/10/19 | G5+K10 | | - 300 - |  Dr. Bahia BENTANI 61, Avenue L. Julaï Hassan 1er Tél : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67 Fax : 05 22 20 98 62 - Casablanca |


EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 23/10/19 | 60,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

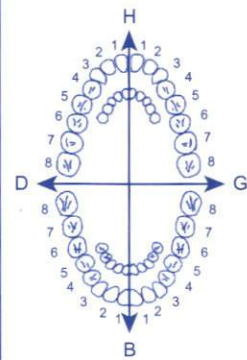
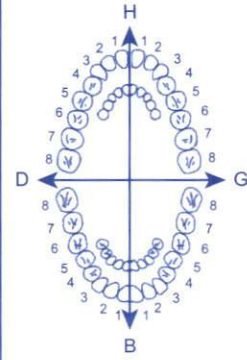
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
|  Dr. Bahia BENTANI Opticien Optométriste 144, Bd Bourgogne Quartier 20420 Casablanca Tél : 05 22 20 98 59 | 20/10/19 | | | | | 2200 |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

RIMA PHARMA
PVC : 60,00
BENNANI
Ologiste



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris

خريجة كلية الطب بباريس
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 23 octobre 2019

Mme BOUHSINE EP ACHIR Zahra

60,00

OXYAL



1 goutte 2 - 4 fois par jour, les deux yeux



Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67
Fax : 05 22 20 98 62 - Casablanca

Dr. Nadia BENNANI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خريجة كلية الطب بباريس
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 23 octobre 2019

Mme BOUHSINE EP ACHIR Zahra

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 1.25 (- 1.25 à 75°)

OG = + 2.50 (- 2.50 à 65°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

STYLE VISION
Optique et Contact
144, Bd Boulay Hassan 1er
Casablanca

Dr. Nadia BENNANI
Ophthalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél : 05.22.20.98.59 / 06.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.62 - Casablanca

STYLE VISION

Facture

Numero : 3460

Date : 24/10/15

Client : BOUH SINE EP ZAHRA ACHIR

STYLE VISION – Casablanca

| Categorie | designation | Qte | Prix unitaire | Total |
|-----------------|---|-----|---------------|-------|
| VERRES | organique miroir reflet (VL) | 2 | 300 | 600 |
| | organique blanc (VL) | 2 | 200 | 400 |
| Monture Optique | plastique | 2 | 600 | 1200 |
| Correction | OD : +1.25 (-1.25, 75°) OG : +2.50 (-2.50, 65°) ADD : +2.50 | | | |
| | | | TOTAL | 2200 |

Arrêtée la présente facture a la somme de :

Deux mille deux cent DHs

STYLE VISION
Opticien - Optométrie
144, Bd Bourgogne Quartier
Bourgeois, Casa
Tel: 05 22 20 30 94

Taxe Professionnel: 35650593. Registre de Commerce: 263923. ICE: 001512409000017

IF : 14369852.CNSS : 4259570.INPE : 095014692

144 Boulevard Bourgogne . Quartier Bourgogne . Casablanca.

Telephone : 05.22.20.30.94/05.22.49.18.85 E-mail : stylevision00@gmail.com.