

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.

Diagnostique 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

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 ABDELGHANI Date de naissance : 11/1/1953
Adresse : 13 RUE MOHAMED AL AYUBI ATC 2 APPT 4 BOURGOGNE CASABLANCA
Tél : 0678990025 Total des frais engagés : 256000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue L. Boulay Casablanca
Tél : 05 22 20 98 99 / 64 7 22 67
Fax : 05 22 20 98 99 Casablanca

Date de consultation : 23/10/2019
Nom et prénom du malade : MME BOUSINE 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	CSTK10		300-	

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	
	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'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	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 colspan="2">D ————— 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 <input type="text"/>
		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 <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RIMA PHARMA
PVC : 60,00
BENNANI
Ologiste

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

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



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 : BOUHSSINE EP ZAHRA ACHIR

STYLE VISION – Casablanca

Categorie	designation	Qte	Prix unitaire	Total
VERRES	organiq mtireflet (VL)	2	300	600
	organiq blanc (VL)	2	200	400
Monture Optique	plastic	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 DH s

STYLE VISION
Opticien - Optométrie
144, Bd Bourgogne Quartier
Bourgogne, Casa
Tel: 05 22 20 36 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.