

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 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

- 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.

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° D: 11957 N° W19-475496

AMPL

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2806		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHERKOUN SALIM			
Date de naissance : 19.12.68			
Adresse : 1 LOT DAULIZ - 20160 - CASAB			
Tél. : 06-06-44-92-92		Total des frais engagés : 9250 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DR CHAKIB MARRAKCHI OPHTALMOLOGISTE Maladies et Chirurgie des yeux	
Date de consultation : 07 OCT 2019	
Nom et prénom du malade : BENCHERKOUN SALIM Age: 50	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Presbytie	
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 : Casablanca Le : 10/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
31 10 19	9000 DH

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
31 10 19	9000 DH

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>												
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D 25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 35533411 11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small></p>			H	G	D 25533412 21433552		00000000 00000000		B		D 00000000 00000000		35533411 11433553		Montants des Soins <input type="text"/>
	H	G														
	D 25533412 21433552															
	00000000 00000000															
	B															
	D 00000000 00000000															
	35533411 11433553															
				Date du Devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Marrakchi Chakib
Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse
Laser - Angiographie - Lentilles de contact
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الدكتور شبيب المراكشي
اختصاصي
في أمراض وجراحة العيون
خارج كلية الطب بطنجة فرنسا

CASABLANCA, le

17 OCT 2019

BEN CHEKROUN SAÏN

1 Amétrope + V. Presbytie
progrès de l'âge + AR
progrès de l'âge + AR

V. l'âge :

$$OD = +1 (10^\circ + 0,50)$$

$$OG = +0,75 (160^\circ + 0,50)$$

V. Presbytie + 2
364, angle Mustapha El Maani
& Rue d'Agadir - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 22 63 49
GSM: 0661 88 58 04
medoptique@menara.ma

Dr CHAKIB MARRAKCHI
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
364 bd Zerkouni - Casablanca
0522 22 63 49 et 0622 47 57 60

320, Boulevard ZERKTOUNI. 1er ET. CASABLANCA
TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60

-> TSVP

- Corrector 1 fl

✓ gte x 3/4 → Tab 6 fl

Dr CHAKIB MARIKCHI
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
320, bd Zerkoun, Casablanca
Tel: 0522 22 50 20

Mod'optic

Opticien - Optométriste

Diplômé de l'Institut des Arts et Métiers
de Bruxelles

Lentilles de contact

Lunettes de correction et solaires

Examens de la vue

FACTURE COMPL. N° : F19/1485

Date : 31/10/2019

N°PEC :

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **BENCHEKROUN SALIM**

Date de naissance : 19/12/1968

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur : **MARRAKCHI**

Finess :

En date du : 17/10/2019

Corrections :

VL D. Sph: +1.00 Cyl: +0.50 Axe: 10° Add: +2.00

VL G. Sph: +0.75 Cyl: +0.50 Axe: 160° Add: +2.00

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
L'NOPTIC ESSILOR VARILUX S DESIGN ORMIX O rg 65/70 SAPPHIRE UV	2750.00					2750.00
L'NOPTIC ESSILOR VARILUX S DESIGN ORMIX O rg 65/70 SAPPHIRE UV	2750.00					2750.00
CLAIRE DISTRIBUTION SILHOUETTE 2905 75 90 60 55	3500.00					3500.00
TVA (20%) (Dh)	1499.99					
TOTAL TTC (Dh)	9000.00					9000.00
NET A PAYER par l'assuré (Dh)	9000.00					

Mentions légales

INPE : 095016739

Mod'optic
364, angle Mustapha El Maâni
& Rue d'Agadir - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 22 63 45
GSM: 0661 88 58 04
modoptic@menara.ma