

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 07719	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHOUAICHCHA ABDEL HAQ
Nom & Prénom : CHOUAICHCHA ABDEL HAQ			
Date de naissance : 01/01/61			
Adresse : HABITAT 61 E			
Tél. : 0522 81 21 76	Total des frais engagés : # 2400,00 DH		
Cadre réservé au Médecin			
Professeur Ouafae Benchekroun Ophtalmogiste Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca 0522 36 37 08 Urgence : 062 55 19 3			
Date de consultation : 27/08/19			
Nom et prénom du malade : Chouaichcha Nael fal			
Lien de parenté : Etre-mème	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfan	
Nature de la maladie : Maladie de Rejet des Prothèses			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 SEP 2019			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent conseil de la Mutuelle.			
Accueil Stage/Kam			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **07719** Le : **27/08/19**

Signature de l'adhérent(e) : **SI**

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
27/08/19	CS	300 HT		INP : 51190356 Benchekroun A. Sablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<i>POLE VISION 6, Rue des Roses Beausejour Casablanca Tél: 0522 94 41 41</i>	6/9/19	V	-	R		2100,-	

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 d'état.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G												
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	B												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
				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'EX

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



المدحورة وفاء بنثة برونو

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب وجراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الاتصال

Casablanca, le

27.08.19

الدار البيضاء، في

Chouicha Nawa L
Leel tte VL

~~Pôle Vision
6 Rue des Rosas Beyrouth
Casablanca
Tél: 0522 94 41 41~~

$$-0,06 = -1 \left(-0,25; 120^\circ \right)$$
$$+0,50 \left(-0,50; 170^\circ \right)$$

de Ves
et il leeeee
Bleue

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmologiste
16, du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél: 0522 36 37 08 - Urgence: 06 62 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm. D - 3ème étage N°12 - Casablanca

Tél. & Fax : 05 22 36 37 08 - Urgence : 06 62 55 19 36

POLE VISION

Optic

Opticien Optométriste Diplômé

de l'ESOA

6, Rue des Roses- Beauséjour

Casablanca

Patente: 34890984 R.C:186709

I.F:02263563

ICE:001883745000059

Nom : CHOUICHA

DATE : 06/09/19

Prénom : NAWFAL

FACTURE N° 019/0100

Quantité	Désignation	P.U.	Total
2	Verre Organique Antireflets Vision de Loin OD:-1,00(-0,25 à 120°) OG:+0,50(-0,50 à 170°)	650,00	1300,00
1	Monture	800,00	800,00
Total TTC	Deux Mille Cent Dirhams		2100,00

POLE VISION
6, Rue des Roses Beauséjour
Casablanca
Tél. 0522 94 41 41