

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

N° W19-565674

40850

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 5228 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL GNAOUI ABDELLAH

Date de naissance : 17/12/58

Adresse : 72, Rue EL ou PENA APP 11 Hay RABAT

Cité : CASA Tél. : 066 924 2702 Total des frais engagés : 3350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur Ouafae Banchekroun
Ophtalmologiste
Rés du Palais Bd Gnandi
Tél/Fax 022 36 37 08
Mobile 066 56 19 26

Date de consultation : 27/08/2020

Nom et prénom du malade : Mouloud Ghanem Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vice de la vue

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 : CASA Le : 21/09/2020

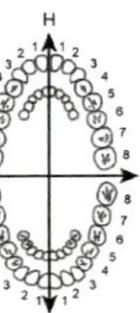
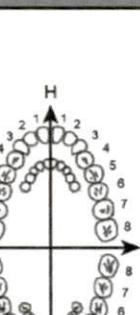
Signature de l'adhérent(e) : 

AS

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
27/08/2015	CONS + FO	0,60	100	INP : 5110035

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V
	06.09.2020 Douali - Sidi Maârouf 3 Assblancat - Choua Cochl3Med				3000 DT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
		INP : <input type="checkbox"/>																
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																
		Montants des soins <input type="checkbox"/>																
		Début d'exécution <input type="checkbox"/>																
		Fin d'exécution <input type="checkbox"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</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> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																
		Montants des soins <input type="checkbox"/>																
		Date du devis <input type="checkbox"/>																
		Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																		



Facture N° 0004780

Casablanca, le : 06.09.2020.

Mr (e) : Moulayahid Jatila

N°de nomenclature: VL / VP

Docteur : Chafae BEN Che Kroun.

Monture : METAL 700 DH

Verres : 2x Progressifs ORMA AR 2300 DH

VL OD : (8,0 - 0,25) + 0,25
VL OG : (8,0 - 0,45) + 0,50
 ↓ dd = + 2,00

VP OD :
VP OG :

Total : 3000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme du: 7 Rois MILLE Dirhams

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maârouf 3
Casablanca

Professeur Ouâfae 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



الدكتورة وفاء بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون
جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الاتصال

Casablanca , le

27-08-20

الدار البيضاء في

Yacoubi

Tamila

seenette VL

O) = +0,25 (-0,75; 80°)

O6 = +0,50 (-0,75; 80°)

verres

Add +2

dedi

Bleue



170, Bd Abâ Chouib Doukkali - Sidi Mâârouf 3
Casablanca

Professeur Ouâfae Benchekroun
Ophthalmologist
170, Bd du Palais Bd. Ghandi
Tel / Fax : 05 22 36 37 08
Urgence : 06 62 55 19 26

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