

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

135777

**Déclaration de Maladie : N° P19-0005865**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3559

Société : Royal air MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Boula Malika Date de naissance : 10/04/1967

Adresse : Dan Salama IMMUS N° 3 A Sc. Casablanca

Tél. : 06 16 89 67 24 Total des frais engagés : 3750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**BRENNOUNA Kamal**

OPHTHALMOLOGISTE

77, Rue Prince Moulay Abdallah  
CASA, Tél. : 0522 27 51 75  
0522 47 08 90

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25.08.2022

Nom et prénom du malade : BOULAL MALIKA

Age : 55 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

anisotropie

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 : 03/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
25/10/22	G+Kxxi (Eo)		350	<b>Dr BENNOUNA Kamal</b> OPHTHALMOLOGISTE 77, Rue Prince Moulay Abdallah CASA, Tél. : 0522 27 51 75 0522 47 08 90

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ROBERT OPHTALMOLOGISTE SARL LUMIERE CASABLANCA 1, Boulevard Prince Moulay Tel: 0522 27 86 53</i>	22/10/22	3400

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 35533411 11433553	
	D 00000000		B 00000000	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BENNOUNA Kamal**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

*MALADIES et CHIRURGIE des YEUX*

*CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER*

*ANGIOGRAPHIE - LASER*

**الدكتور بنونة كمال**

**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

**خريج كلية الطب بمونبولي**

**جراحة قصر النظر بأشعة الليزر**

**الدار البيضاء في**

25/08/2022

Casablanca Le, .....

Madame BOULAL Malika

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

VERRES PROGRESSIFS

Oeil Droit : + 0,50 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : (160° + 0,25) + 0,25 , Addition + 2,25

ROBER OPTIQUE MAROC  
 LUNETIER OPTICIEN SARL  
 1, Boulevard 11 Janvier  
 Tel: 01 22 17 8153 - Casablanca

BENNOUNA Kamal  
 OPHTHALMOLOGISTE  
 7, Rue Prince Moulay Abdellah - ri  
 Tel: 0522 27 51 75 / 05 22 47 08

77. زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع للا ياقوت) - الدار البيضاء  
 77, Rue Prince Moulay Abdellah ( Angle Bd . Lalla Yacout ) - Casablanca

05 22 27 51 75  
 05 22 47 08 90



d. 11 Janvier N° 1  
Tél/Fax : 05 22 27 86 53  
Casablanca

رقم 1 شارع 11 يناير

تيليفاكس : 05 22 27 86 53

الدار البيضاء

## FACTURE N° 000762

Casablanca, le 22/10/22

Doit

M. Bou LAKH Matika

N° de Nomenclature correspondant à la prescription du Docteur	Vision de loin	Vision de près	Double foyer	Supplément
	O.D.	O.D.	O.D.	
	O.G.	O.G.	O.G.	

## FOURNITURES :

1 Montures	Plastique	1000,00
2 Verres PROGRESSIF ORQUAIRE AR Bleu		1200,00
	(160 + 025) + 021	1200,00
	AM 225	
		TOTAL 3400

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Tous mille quatre cent mds