

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-773058

162934

coutrier

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 9889 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BENAMAR YASSIR | | | |
| Date de naissance : 29/07/73 | | | |
| Adresse : RES FATINE APT 9 RUE AHMED CHARCI CASA | | | |
| Tél. : 0661162001 Total des frais engagés : 6860 Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | | |
| | Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : 29/07/2023 | Nom et prénom du malade : BENAMAR YASSIR Age : | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> 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 : CASA
 Signature de l'adhérent(e) :

| | |
|---|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-773058 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |

9889
 Matricule : BENAMAR
 Nom de l'adhérent(e) : 6860
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 4/4/23 | OPTICS | 40000 | 40000 | INP : 091039198 OPTIQUE ET PROTHÉSES DENTAIRES Rue de la Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|--------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE MEDICAL MEDICALS DU COMPLEXE Mme. KADIRI Mme. Hamroun Mohamed 03.76.53.77 03.76.53.77 CSM | 4/4/23 | 33 x 1,34 | 60,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| M-A-D Optic Particulier Optométriste Rue Boukhalef Casablanca Akram Naali Inpe : 065032633 | 4/4/23 | | | | | 464,00,00 |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|---|
| | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |
| | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 11433553 |
| G | 35533411 | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CERTIFICAT D'AUTHENTICITÉ



RX0030649803

10/04/23

YASSIR

| | D/G | DD | Sph | Cyl | AXE | ADD |
|-------------------------------------|-----|----|--------|--------|-----|--------|
| COMFORT MAX® ORMA® 1.5 REG CLEAR | D | 65 | +02.00 | +00.25 | 075 | +01.75 |
| COMFORT MAX® ORMA® 1.5 REG CLEAR | G | 65 | +02.00 | +00.25 | 090 | +01.75 |

C - Crizal PREVENCIA - Multifocal

Votre opticien : Mr AZZEDINE

Docteur A. BRITEL

Diplômé d'Etudes Spéciales d'Ophtalmologie
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé Inter-Universitaire
de Chirurgie Refractive et Cataracte
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux
Laser . Angiographie

49, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

Sur Rendez - Vous

4. 4. 23
Casablanca, le الدار البيضاء في

Bureau Yann
Aljumie

Docteur A. BRITEL
OPHTHALMOLOGISTE
49, Rue Tata - Casablanca
Tel.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES DU COMPLEXE SPORTIF
Mme. KADIRI HASSANI Fatima
63, Mamoun Mohamed - MAârif
Tel. : 05 22 39 53 73
GSM : 06 61 45 73 98

Docteur A. BRITEL

Diplômé d'Etudes Spéciales d'Ophtalmologie
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé Inter-Universitaire
de Chirurgie Refractive et Cataracte
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux
Laser . Angiographie

49, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

Sur Rendez - Vous

الدكتور عبد الرحمن بربطل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية
لأمراض و جراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة
الجلالة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون
أشعة الليزر

49، زنقة طاطا (بوانكري سابق) - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

بالميعاد

4-4-23

Casablanca, le..... الدار البيضاء في.....

Bernard Yann

Multo

$$\text{VL} \quad \text{OD} = (75 + 0.25) + 2 \\ \text{VL} \quad \text{OU} = (90 + 0.25) + 2$$

R $\text{OU} + 1.75$

Varthe 2

~~Docteur A. BRITEL
OPHTALMOLOGISTE
49, Rue TATA - Casablanca
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82~~

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Riquibate Casa



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

N° 079920

FACTURE N° :

Casablanca, le: 17/10/1/2023

Mme / Mr : BENANAR YASSIR

Dr:

| VL | VP-Add |
|------------------------|---------------------------------|
| OD : +2,00(+0,25 à 75) | |
| OG : +2,00(+0,25 à 90) | |
| Monture | Verres |
| Ppt: gne | progressif agenda multifocal BC |
| 2800.00 | 4200.00 |
| DH | DH |

Total à payer: 6400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Mille
Six Cent Dix Francs

Cachet et signature

Akram Daali
Inpe : 065032633

~~M-A-D Optic~~
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 29 55 36

Capitale 100.000 - Patente 3502703 - IF 47232711 - RC 6123

ICE 002642590000069



Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحاليل الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima
Pharmacien biologiste
Diplômée de l'université de Lille II France

INP:093003150

Facture 56880

I.C.E :

002943067000076

Le : 04/04/2023

Analyses effectuées le: 04/04/2023

Pour.....: **Mr. BENAMAR YASSIR**

Sur prescription du : Dr BRITEL A.

Code.....: 0008343



Organisme.....:

Bilan:

GLY=B30

Total : B 30

Montant Net : 60.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SOIXANTE Dhs 00 Cts

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES DU COMPLEXE SPORTIF
Mme KADIRI HASSANI Fatima
63, Avenue Mamoun Mohamed - Mâarif
Tél. : 05 22 39 53 73
GSM : 06 61 45 73 98

⌚ Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30

📞 Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 ✉ laboratoireducomplexe@gmail.com

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Mâarif - Casablanca



Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحاليل الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima

Pharmacien biologiste

Diplômée de l'université de Lille II France

Référence : 30404224

04/04/2023

Mr. BENAMAR YASSIR



0008343

Médecin: **Dr. BRITEL A.**

BIOCHIMIE SANGUINE

Analyses

Résultats

Unités

Normes

Antécédents

Glycémie à Jeûn.....: 0.97 g/l (0.75 à 1.10) 0.87g (29/06/22)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES DU COMPLEXE SPORTIF
Mme. KADIRI HASSANI Fatima
63, Mamoun Mohamed - Mâarif
Tél. : 05 22 39 53 73
GSM : 06 61 45 73 98

⌚ Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30

📞 Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 📩 laboratoireducomplexe@gmail.com

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Mâarif - Casablanca