

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0038716

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9947

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHARKI - OMAR

Date de naissance : 15-05-1968

Adresse : Porte de Nouvelle - DM5 Apt 6

Nouveau

Tél. : 06.61.19.48.03

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Khalid BANINE  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd Ibn Tachfine et Ibn El Aïssa  
El Mourakouchi Rés Fatima  
Terni 0100 N° A Casablanca

Date de consultation : 27 FEB 2024

Nom et prénom du malade : BENCHARKI OMAR Age : 53 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anesthésie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : 27/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : BENCHARKI

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

# RELEVÉ 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 FEV 2024     | Ca                | 110                   | 3000                            | <i>[Signature]</i>   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/02/2024

268,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

Montant détaillé des Honoraires

06

03

2024

2024

2024

2024

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

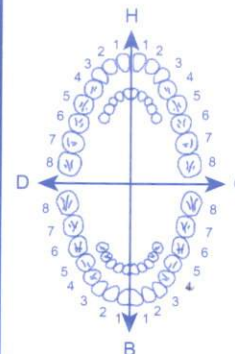
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

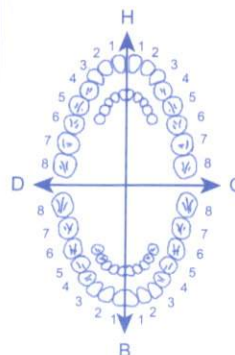
FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

Docteur Khalid BANINE

Ophtamologiste

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Glaucome - Voies Lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



الدكتور

حجة العيون

مسالك الدموع

20,00

20,00

20,00

Casablanca, le : 27 FEB 2024

BEN CHARUT OUAR

20,00 x11

20,00

20,00

Cleinder

20,00

20,00

Nam x

48,00

Dima 30l

10,00

20,00

MP

DIMAZOL® 10 mg

Carbimazole

50 Comprimés

48,00

Angle Bd Ibn Tachafine et Ibn Al Adraa El Mourakouchi  
Résidence Fatima Zahra II 3ème étage - N°6 Casablanca  
(au dessus de Marjane Market et Bank of Africa)

Tél. : 0522 61 22 22

E-mail : kbanine@gmail.com

دع ابن العذراء المراكشي  
في 3 رقم 6 - الدار البيضاء  
(قريباً)

20,00

20,00

20,00

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Glaucome - Voies Lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



إختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايك

Casablanca, le : 27 FEB 2024 : الدار البيضاء . في :

BEN CHARKE OMAR

Muette +  
anti-reflex

OD = +0.75 ADD + 2.00

OU = +0.50 ADD + 2.00

Dr Khalid BANINE  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn E  
El Mourakouchi Rés Fatima  
3ème étage N° 6 Casablanca

NITIDA OPTIC  
Opticien Optométriste  
Riad Al Oufia Groupe 8 Imm E8  
Mag N° 204 - Casablanca -  
Tél: 05 40 14 93 69  
INPE: 095007357

NITIDA OPTIC

Maati bahloul

Riad oulfaGh 6 Mag 204-Casablanca-

FACTURE N° 00.4231 / 2024

Casablanca, le 06/03/2024

Mr/Mme/Mlle Ben CHARKI Omar

N° de Nomenclature :  
Docteur : Khaled Barine

Monture : optique

800.~

Verres VL: prog org AR

OD: +0.75

1000.~

OG: +0.50

1000.~

Add: + 2.50

Verres VP:

OD:

OG:

**NITIDA OPTIC**  
Opticien Optométriste  
Riad Al Oulfa Groupe 6 Imm E8  
Mag N°204 Casablanca -  
Tél: 05 40 14 93 69  
INPE: 095007357

TOTAL:

2800.~

Arrêtée la présente facture à la somme de : .....en espèce

Deux mille huit cents

Dirhams.....