

## 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                      | : <a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>   |
| 0 Prise en charge                  | : <a href="mailto:pec@mupras.com">pec@mupras.com</a>           |
| 0 Adhésion et changement de statut | : <a href="mailto:adhésion@mupras.com">adhésion@mupras.com</a> |

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-415036

40235

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2579	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<i>RAM MUPRAS</i>
Nom & Prénom :		<i>BENAISSA AHMED</i>	
Date de naissance :		01.04.1943	
Adresse :		<i>habituelle</i>	
Tél. :		06 71 92 70 04	
Total des frais engagés : 4759,- Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>DR. N. TAH</i>			
Date de consultation : 03/09/2020			
Nom et prénom du malade : <i>Benissa Ahmed</i> Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>congestion gtape</i>			
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*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/09/2020

## 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
03 SEPT 2020			280	INF : 091174706 E : 091174706 03163886000023

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DOBER OPTIQUE MAROC LUNETIER OPTICIEN SARL Boulevard 11 Janvier 786 53 - Casablanca	14/03/2020	4500,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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 de l'ODDF

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<b>H</b> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	G																	
	B																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

رقم 1 شارع 11 بناير

تلفاکس: 05 22 27 86 53

الدأو السضاء

FACTURE N° 00280

Casablanca, le 14/09/2020  
Ahmed Doit

M..... BENAISSA

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

## FOURNITURES :

1) Montures	plastique	900,00
2) Verres	progressif organique Bleu UV 72 f	
a) $(95^\circ - 1,75) + 1,75$		3600,00
a) $(90^\circ - 1,50) + 1,25$		
	100 + 250	
		<u>4500,00</u>
	TOTAL	

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

Quatre Mille Cinq Cent Dix

ROBER OPTIQUE MAROC  
LUNETIER OPTICIEN SARL  
1, Boutech 11 Janvier  
72 - TVA 1051632278653 - Casablanca  
tel. 0052218600025



Ophthalmologist (Adults and Children)

Former Internal Medicine at CHU Ibn Rochd, Casablanca

Former Internal Medicine at CHU de Pointe à Pitre, France

Former resident at l'Hôpital 20 Août

Diplomate of the Faculty of Medicine of Casablanca

and of the University of the Antilles-Guyane (France)

Expertise in medicine and eye surgery (cataract and cataract)

Intraocular lens implantation at the Ibn Rochd University Hospital

Eye surgery at the Ibn Rochd University Hospital

Bois d'Amour - France

Eye surgery certificate 20 August

Diploma of the Faculty of Medicine of Casablanca and the University of the Antilles-Guyane

Dr. N. RIAH  
Ophthalmologist  
Résidence Habiba N°78, 2ème Etage  
Bd. Haj Fateh - El Hajj - Casablanca

Casablanca, le :

23 Sept 2008  
ROBER OPTIQUE MAROC  
LUNETIER OPTIQUE MAROC  
1, Boulevard El Hajj - Casablanca  
Tél: 05 22 93 86 53 - Casablanca

④ Lunettes de protection  
étage, N° 2ème étage  
+ grande monture, lunettes de protection  
+ lentilles progressives anti-éclat -  
+ verres progressifs anti-éclat  
+ lentilles progressives ↔ ↔

④  $\{ \text{D} = +1,75 \text{ C} - 1,75 \text{ D} \text{ et } 1,75 \text{ D} \}$

$\{ \text{D} = +1,25 \text{ C} - 1,25 \text{ D} \text{ et } 1,25 \text{ D} \}$

④  $\text{D} = +2,50 \text{ D}$  astigmatism ↔ ↔

Mercredi 23 Septembre 2008

Address: 78, 2nd floor, El Hajj Street - Casablanca - Room 2 - Sh. Al-Hajj - Al-Lawfa - Al-Dar Al-Biyyas

Résidence Habiba, Numéro 78, 2 ème étage, Boulevard El haj fateh - Oulfa - Casablanca

Tel. : 05 22 93 13 49