

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ééducation :

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.

## ntaire :

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

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

44081

## Déclaration de Maladie : N° P19-0021320

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1659

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mahjoubi Med

Date de naissance :

01/01/50

Adresse :

317 lot

La Toubka 1

lissas f...

(ex)

Tél. :

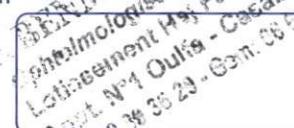
0661451866

Total des frais engagés :

Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/02/2020

Nom et prénom du malade :

Mahjoubi S. alme

Age : 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**

16/11/2020

ACCUEIL

## 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
28/08/20		0	252.00	
				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/20	45,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
1000.00 DT	01/10/2020		Vertes & matin			
<i>S</i>			I.C.E: 0017892243000028			
			RC: 362763			
			INDE: 095014080			

## 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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

#### **[Création, remont, adjonction]**

ctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'C' on the right represents the transverse axis. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENHADIA KARIM  
Pharmacie Dar Assalam  
32 Operation Assalam  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 22 31

14/10/20

Facture N° 18

Le

Quantité	Désignation	P.U.	Total
00	Glucogly	45,20	45,20
<p>À verser la présente facture à la somme de quarante cinq dirhams 0,20cts</p>			
<p>DR BENHADIA KARIM Pharmacie Dar Assalam 32 Operation Assalam Casablanca 05 22 93 22 31</p>			
<p>45,20</p>			

4/10/2020
Client: MAHJOUBI
SALMA
Le 01/10/2020

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT	+0.75			
OEIL GAUCHE	+0.75	-0.25	65	

Vision de Loin :
Monture:
Verres : VERRE ORGANIQUES  
ANTIREFLETS ANTI  
LUMIERE BLEU

Montant de Loin:

OEIL DROIT	300,00
OEIL GAUCHE	300,00
MONTURE	400,00

Vision de Prés:
Monture:
Verres :
Montant de Prés:

OEIL DROIT	0,00
OEIL GAUCHE	0,00
MONTURE	0,00

PRIX T.T.C
1 000,00
PRIX H.T
833,33
TVA
166,67

Arreté la présente facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

 I.C.E: 0017892243000028  
 RC: 362763  
 INPE: 095014080

 OPTIC FREEVISION  
 OPTIC FREEVISION  
 137 bis Bvd. Koutoubia  
 Casablanca - Maroc - 05 22 90 11 33

# Dr BENMOUSSA Khadija

## Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

## Homeopathie

Diplomée de la faculté de médecine  
et de pharmacie - Casablanca



Sur rendez-vous     زيارة بالموعد

28 septembre 2020  
Casablanca, le :

# الدكتورة بنموسى خليفة

## جراحة وطب العيون

- الجلاة - العول - المياء الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات الاصطناعية
- الليزر - تصوير الشبكية

## الطب المثالي

خبرجة كلية الطب والصيدلة  
الدار البيضاء

## Mme MAHJOUBI Salma

Monture + verres correcteurs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.75

OG = + 0.75 (- 0.25 à 65°)

Dr. BENMOUSSA Khadija  
Ophtalmologie et Homéopathie  
Lottoissement Haj Fateh N°169  
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 36 20 - GSM : 06 66 38 53 36

OPTIC  
OPTIQUE  
VISION  
137 Bis  
Haj Fateh  
10010 CASABLANCA  
Tél. : 05 22 89 36 20 - GSM : 06 66 38 53 36