

# 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.

## rmacie :

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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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

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

Nº M20- 0003580

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08416

Société : *SAK*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAIK NAGAT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age: .....  
 Enfant

Nature de la maladie :

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) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie Nº M20-03580

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).**

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

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : <i>RAN</i>
Matricule : <i>8416</i>	Pensionné(e)	Autre :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/>	<i>FATIK Najat</i>
Nom & Prénom :		Date de naissance : <i>08/02/1969</i>
Adresse :		
Tél. :		Total des frais engagés : <i>4300 DH</i> Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<b>Docteur BENAMAR Faical</b> <i>Maladies &amp; Chirurgie des Yeux</i> <b>23, Rue du Prince Moulay Abdellah</b> <b>Casablanca - Tél : 022.22.05.66</b>
Date de consultation :	<i>26/09/20</i>
Nom et prénom du malade :	<i>Mme FAIK NAIJAT</i>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Compagnon <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>VICE DE PERFATION</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 :** *Casa*      **Le :** *04/11/2020*  
**Signature de l'adhérent(e) :** *Zouhair*

#### **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
26.09.20	G2		300.DH	INP : 01 91D20B91

**Docteur BENAMAR Faical**  
**Maladies & Chirurgie des Yeux**

23 Rue du Prince Moulay Abdellah  
ANCES  
Casablanca - Tél: 022.22.05.66

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

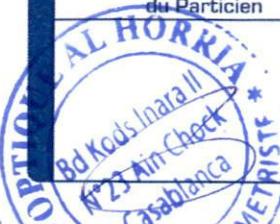
23 Rue du Prince Moulay Abdellah  
ANCES  
Casablanca - Tél: 022.22.05.66

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AL HARRIA Bd Kads Inara II Ain Chekfa Tunisie	24/12/2020		benelli			4000,-

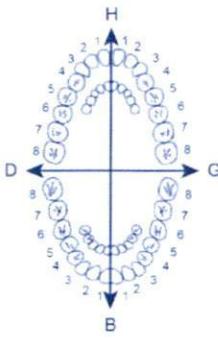
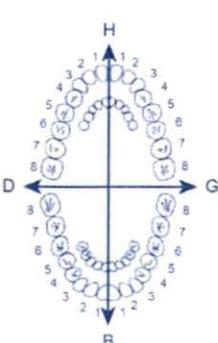


## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
				<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	

Docteur BENAMAR Faiçal  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

SPECIALISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE MONTPELLIER

23, Rue du Prince My Abdallah  
CASABLANCA - 01  
Téléphone : 05 22 22 05 66

الدكتور بنعمار فيصل

أمراض وجراحة العينين

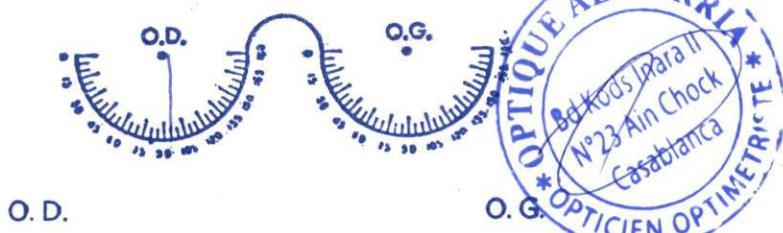
اختصاصي  
خريج كلية الطب بمنبولي

زنقة الامير مولاي عبد الله  
دار البيضاء - 01

الهاتف : 05 22 22 05 66

Casablanca, le ..... 26 - 09 - 20 الدار البيضاء في N° 122640

VERRES pour M<sup>me</sup> FAIK NAJAT



(95 - 0,50) cyl ..... Loin ..... +0,25 sph  
(95 - 0,50) cyl +2 sph ..... Près ..... +2,25 sph

Type de monture ..... Verres ..... Progressifs  
In cassables  
Antireflet

Docteur BENAMAR Faiçal  
Maladies & Chirurgie des Yeux  
23, Rue du Prince Moulay Abdellah  
Casablanca - Tél : 022.22.05.66

# بصريات الحرية

## AL HORRIA OP.

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



عن الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Nº 003997

Docteur : BENAMON FAISAL  
Mr. : me FAIK - NAJAT.

Nomenclature : 431 - 448.

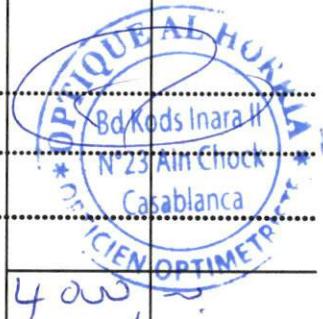
Montures :	VL	optique	1000	
	VP			
Type de verres :	<u>Progressif</u>			

### \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 95 Cyl : -0,50 Sph : - - 1500  
OG : Axe : 00 Cyl : -0,0 Sph : +0,25/1500

### \* VISION DE PRES :

OD : Axe : - Cyl : - Sph : -  
OG : Axe : - Cyl : - Sph : -  
Add : +2,25  
00  
= 400



Total : quatre mille DH.

Date : 04/12/2020