

## 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 joints 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"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	05.111 (21677)		
Société :	RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KABBA S Hakima
Nom & Prénom : KABBA S Hakima			
Date de naissance : 29.12.1954			
Adresse : Angle Rue Ahmed Chabâb Al Ali Abdellah Seneck Résidence Pavillon d'or			
Tél. : 066 11 60 59	Total des frais engagés : 7300,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
15/01/2020			
Nom et prénom du malade : rue BEN JELLOUN Touini HAKIMA Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Sifflement continue MUPRAS			
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 : Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 18 FEV 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
15.01.2020	(2)		300,00-	INP : 09.10.66 7.38 Dr. GRALLAR GHISLAINE OPHTALMOLOGISTE 8, Rue Alphonse Lemerre 75004 PARIS

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	
KERATOPTIQUE 303, Boulevard Ziraoui Casablanca Tel: 0522.49.27.29 Fax: 0522.49.27.4	14/9/10		✓	✓	✓	7.000,-

#### **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	INP : <input type="text"/>														
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

# Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris

Maladies et Chirurgie des yeux

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Angiographie - Laser - Echographie

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



# الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زرارة ساحة المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le 15.1.2020 ..... الدار البيضاء في

Madame

BENJELLOUN TOUIMI

Hakima

Une paire de LUNETTE :

PROGRESSIFS

Oeil Droit : (55 -0,75) -1,75 , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (105 -0,50) -2,25 , Addition + 3,00

+ monture

KERATOPIQUE  
303, Boulevard Ziraoui  
Casablanca

Dr. GHALLAB GHAZLANE  
OPTOMETRISTE  
8, Rue Assad Bnou Zarrara  
Place du Maârif  
Tél : 05.22.99.46/47 FAX : 05.22.99.46  
C.A.S.R.S ! A.N.C.A

**KERATOPIQUE**  
OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40  
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745  
CNSS : 6009692 - ICE : 00163238500077  
INPE : 0095001855

**FACTURE N° 0010056**

M. Mme BENJELLOUN Toumi Hafima  
14/10/120

Vision de loin	Vision de près
OD:Cyl ..... OG:Cyl .....	Sph ..... Sph .....
Sph ..... Sph .....	OD:Cyl ..... OG:Cyl .....

**Double Foyer**

OD:Cyl - 0,75	Sph - 1,75	ADD + 3,00
OG:Cyl - 0,50	Sph - 2,25	ADD + 3,00

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE monture optique Verre Socce	200,00
2	VERRE verre progressif Organique minci 1,67 + traitement Anti-Reflet Nikon presso 40	500,00
Montant en Lettres : Sept mille dh	TOTAL	7000,00

Cachet, Signature

**KERATOPIQUE**  
303, Boulevard Ziraoui  
Casablanca  
Tel: 0522.49.27.39-Fax: 0522.49.27.40



B.I.CI. N.F.B  
80.31.130