

## 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

- 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.

N° W19-591403

60003

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12610 Société : SAMY			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENAHAMSA Samy Amine			
Date de naissance : 26/03/86			
Adresse : Horloge			
Tél. : 0661370076		Total des frais engagés : 347,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 25/11/2020			
Nom et prénom du malade : Benahamsa Samy Amine			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 16/11/2021

### 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
25/11/20	CE		250 DT	INP: 101199855 24 Bd Abdellatif El Khamsi 067617605 - 0682906 INPE: 101199859

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hammam Orfis El Amine Ville 14 Pharmacie 25/11/20	25/11/20	97 DT

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHESIF

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 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
---

**Cabinet  
D'Ophtalmologie  
Dr. Zineb KHTIBARI**

Chirurgie de la cataracte, tension oculaire,  
strabisme, lentilles de contact,  
traitements par LASER,  
angiographie, échographie, OCT

Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd  
Diplômée des facultés de médecine de  
Casablanca et de Toulouse



**عيادة  
طب و جراحة العيون  
د. زينب اختباري**

جراحة الجلالة، ضغط العين، طب الحول،  
مسالك الدموع، العدسات اللاصقة، العلاج بالليزر،  
تصوير الشبكية، الأيكوغرافيا

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء و تولوز

Témara, le .....  
**25 novembre 2020**

97/0

**BENHAMZA Samy Amine**

**PURE COLLYRE UNIDOSE**

1 goutte 3 fois par jour au besoin

les deux yeux

Dr KHTIBARI Zineb  
Ophtalmologue  
3124, Bd Abd el krim Al khatib, Témara  
0537 617 605 - 0682 969 921  
INPE 101199859

659 PHARMATE MAROC  
Dr. Dr. Elzam Guy Ville 2024 HARHURA  
12, Rue Dr Elzam Guy Ville 2024 HARHURA  
Tél: 03.37.74.1250 E-mail: elzam@hotmai.com

Complexe Médical Al Wifak

المجمع الطبي الوفاق

شقة 10 (الطابق الثالث) شارع عبد الكرييم الخطيب، تجزئة 3124. الوفاق - تمارا  
Appt 10 (3<sup>eme</sup> étage), Avenue Abdelkrim Al khatib, lot 3124, Al Wifak - Témara  
☎ 0537 617 605 ☎ 0682 969 921 ✉ khtibari.opht@gmail.com