

## 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.

**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° W19-590341

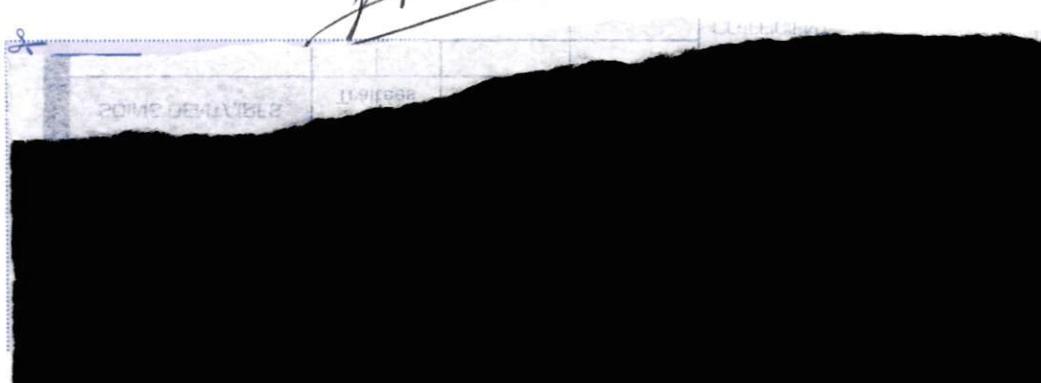
72 555

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3608	Société :	R.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BEN YOUSSEF BEN MOUSSA	
Date de naissance :		27/05/1996	
Adresse :		81, Rue KARACCI	
Tél. :	0656073753	Total des frais engagés :	1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	2021-05-31
Nom et prénom du malade :	BEN YOUSSEF BEN MOUSSA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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 : Casablanca  
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/05/2021



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chacot et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/05/2015			3002	NO : 0511027064 Kamal

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

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	
OPTIQUE MILLE OPTIQUE MILLE POUR CENT Optique - Optimétriste	24/05 L.2.1		Lunettes			1.500,00 DHS

N.P.Eg 09.10.86.171.

### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td><td style="padding: 2px;">25533412</td><td style="padding: 2px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">11433553</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td><td style="padding: 2px;">35533411</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	11433553													
G	35533411														
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

**Docteur BENNOUNA Kamal**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

*MALADIES et CHIRURGIE des YEUX*

*CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER*

*ANGIOGRAPHIE - LASER*

**الدكتور بنونة كمال**

اختصاصي في أمراض وجراحة العين

خريج كلية الطب بمونبولي

جراحة قصر النظر بأشعة الليزر

03/05/2021

Casablanca Le , ..... الدار البيضاء في

Madame BEN MEZIANE Aicha

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

VERRES PROGRESSIFS AMINCIS +++

Oeil Droit :  $(0^\circ + 1,00) + 4,00$  , Addition + 2,50

Oeil Gauche :  $(0^\circ + 0,75) + 4,75$  , Addition + 2,50

*OPTIQUE MILLE POUR CENT*  
Optique - Optimétriste

*DR BENNOUNA Kamal*  
*OPHTHALMOLOGISTE*  
Rue Prince Moulay Abdellah  
N° 0522 27 53 75 / 05 22 47 00

زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع للايلاقوت) - الدار البيضاء  
77, Rue Prince Moulay Abdellah ( Angle Bd. Lalla Yacout ) - Casablanca



05 22 27 51 75

05 22 47 08 90



**Optique 1000%**

Opticien - Optométriste

Date : 24/05/2011

FACTURE N° 1000  
OPTIQUE MILLE POUR CENT  
Optique - Optométriste

Mr : Ben Meziane Aicha  
Docteur : Bennakha Kamal

Type des Verres : Progressifs. Méniques 3.000.000

AR. Antiréflex. Index 1,6

Monture : Optique 1500.000

\*Vision de Loin :

OD Axe Cyl + 1,00 Sph + 4,00

OS Axe Cyl + 0,75 Sph + 4,75

\*Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OD Axe Cyl Sph

OPTIQUE MILLE POUR CENT Add : + 2,50

Optique - Optométriste Montant : 4.500.000  
Payé en espèce.

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : Quatre

Mille cinq cent dix mille

N° 425 Centre -Ville Bd Anglais - Casablanca  
ICE : 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426  
T.P : 023451 - PATENTE : 30057211