

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-590341

72 555

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

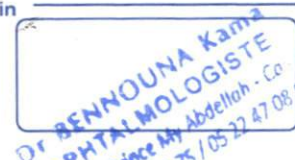
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3608 Société : R.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENHARZOUZ
 Date de naissance : 27/05/1962
 Adresse : 81, Rue KARACTI
 Tél. : 0654073753 Total des frais engagés : 2,000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BENHARZOUZ Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Casablanca Le : 31/05/2021
 Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
03/05/2015			3000	No. 051027960

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

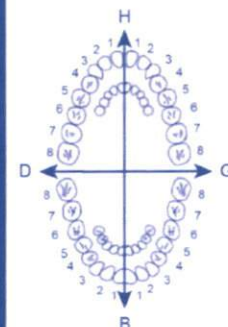
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE MILLE OPTIQUE MILLE POUR CENT Optique - Optométriste	24/05 2021					4.500,00 dhs

N.P.Es 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 العيون

خريج كلية الطب بمونبولى

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 MILE POUR CENT
Optique - Optométriste

BENNOUNA Kamal
OPHTALMOLOGISTE
Rue Prince Moulay Abdellah - 77
Tel: 0522 27 51 75 / 05 22 47 08 90

77 زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع للالياقوت) - 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

FACTURE N°

OPTIQUE MILLE POUR CENT
Optique - Optométriste

Date: 24/05/2021

Mr :

Ben Meziane Achta

Docteur :

Bennouna Kamel

Type des Verres : Progressifs Organiques 3 000 dhs

AR. Amincis Indes 1,6

Monture : Optique

1 500 dhs

*Vision de Loin :

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

OB 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

Payé en espèce

Montant :

4 500 dhs

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : Quatre

Mille cinq cent dix Dhs

N° 425 Centre - Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATENTE : 30057211