

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **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.

## **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.

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3458

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom : BENNAOUI BAHIA

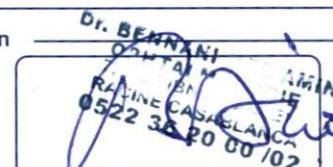
Date de naissance : 29/04/1951

Adresse : 38 Rue Soufiane ATTASRI NAABIF CASA

Tél. : 0661264580 Total des frais engagés : 33.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 SEP 2021

Nom et prénom du malade : BENNAOUI BAHIA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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 : 21/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
2 SEP 2021	CH	-	300,-	RUE DU 11 SEPTEMBRE 2021 0522 380000 102

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>LUNETTE ISLAM 184, Rue des Anglis Casablanca</del>	20/09/2021	3.000,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



# نظارات إسلام

## Lunette Islam

Facture № 002565

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa : 264242 - Patente : 30011275  
ICE: 001910675000047  
IF : 30011276 - INP : 33610708

CASABLANCA, le 20-09-2021

M BENAOMAR Bahia ..... Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Près	Doubles Foyers	Varilux
Progressif Antireflets	OD ..... OG .....	OD ..... OG .....	OD ..... OG .....	OD 43.1 OG 43.1
Monture	Métal	Plastique		
V.L : - OD $(+115^\circ, -1,00)$ - 1,50	- OG $(60^\circ - c, 75)$ - c, 75		1	1000, 00
- OG			1	1000, 00
V.P : - OD ..... - OG .....				
ADD / + 3,00				
TOTAL .....				3000, 00

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois mille d.Hs.

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologist

Diplômé de l'institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكيير - برشلونة

---

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie  
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

---

Casablanca, le 02 SEP. 2021

Patient : Madame BENAOMAR Bahia

MONTURE / VERRES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : (115° -1,00) -1,50 , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (60° -0,75) -0,75 , Addition + 3,00

LUNETTE ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Casablanca

Dr. BENNAI AMINE  
OFTALMOLOGISTE  
7, Rue Ibnou Babek  
RACINE CASABLANCA  
0522 36 20 00 402

7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca  
• Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophtha@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40