

## 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

- 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.

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° W21-649116

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1371 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BGHIEL AHMED

Date de naissance : 2-1-1951

Adresse : BRANES II SAAYA II RUE FORET DIPLOMATIC N°16 TAN 6° 2 90 100

Tél : 0661202991 Total des frais engagés : 3200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BENCHEIKH Abdellah  
SPECIALISTE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX  
ANGIO - LASER  
18 Rue Mansour Dahbi 2ème Etg N°3 Tanger  
0529 32 26 26 - 9m: 0681 86 87 97

Date de consultation : 26/10/21

Nom et prénom du malade : BGHIEL AHMED

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : vice de réfraction

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) : / /

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-649116

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1371

Nom de l'adhérent(e) : BGHIEL

Total des frais engagés : 3200,00

Date de dépôt : / /



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/10/21	S + FA		<b>300 DH</b>	IMP : 161132840

[illegible]

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	
<p>EVER 7 OPTIC</p> <p>Opticien - Optométriste</p> <p>Rue Ibn Battouta N°12</p> <p>Val Fleuri - Tanger</p> <p>Tél. 05 39 31 89 85</p>	26/10/2014					2900,00

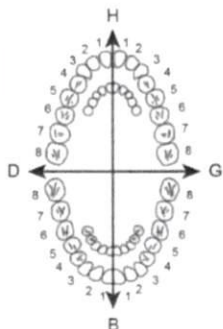
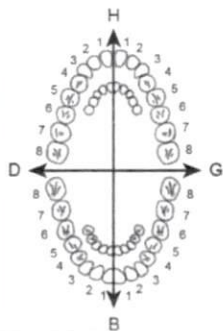
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Abdellah BENCHEIKH**

Spécialiste des  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie - Laser



**الدكتور بن الشيخ عبد الله**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
الليزر- تصوير أوعية العين

Tanger, le ..... طنجة في

**ORDONNANCE**

26/10/2021

Patient : BGHIEL Ahmed



Vision de loin et près

OD: +3,00 -0,75 75°

OG: +3,00 -0,75 115°

PD : 64/60 mm

**VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF**

**ADDITION +2,00**

**+ MONTURE**

EVER OPTIC  
Opticien - Optométriste  
Rue Ibn Battouta N°12  
Val Fleuri - Tanger  
Tél : 05 39 31 89 85

INP : 161132840

المرجو احضار الوصفة الطبية في الزيارة المقبلة (وشكرا)

48, Rue Mansour Dahbi - 2° étage n°3

Tél : 05.39.32.26.26 - TANGER

ophthalmobenceikh@gmail.com

48 شارع المنصور الذهبي الطابق الثاني رقم 3

الهاتف : 05.39.32.26.26 - طنجة

Docteur Abdellah BENCHEIKH

Spécialiste des  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie - Laser



الدكتور بن الشيخ عبد الله

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
الليزر- تصوير أوعية العين

mle  
1371  
Tanger, le 26/10/21 طنجة في

ORDONNANCE

NOTE D'HONORAIRES

NOM PRENOM: B G H I E L - AH محمد

OBJET:

CS

FO DILATATON

ARRETE LA PRESNTE NOTE D'HONORAIRES A LA SOMME DE

300 dh

trois cent dirhams

Docteur: BENCHEIKH Abdellah  
SPECIALISTE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX  
ANGIO - LASER  
8, Rue Mansour Dahbi 2ème Ete N°3 - Tang  
- 0539 32 26 26 - Gsm: 0661 95 97

INP : 161132840

المرجو احضار الوصفة الطبية في الزيارة المقبلة (وشكرا)

48, Rue Mansour Dahbi - 2° étage n°3

Tél : 05.39.32.26.26 - TANGER

48 شارع المنصور الذهبي الطابق الثاني رقم 3

الهاتف : 05.39.32.26.26 - طنجة

ophthalmobencheikh@gmail.com



Mle 1371

W21-649116



OPTICIEN-OPTOMETRISTE

Tanger le : 26/10/2021

M: Bohiel Ahmed

V. loin	OD: +3,00 -0,75 75° 1300,00 OG: +3,00 -0,75 115° 1300,00
V.Pr	OD addition +2,00 OG
Type de verre :	prog (AR) Transition <u>G8</u>
Prix de monture :	300,00 300,00 DH
Cachet et signature :	Total de facture : 2900,00
<p><b>EVER 7 OPTIC</b> Opticien - Optométriste Rue Ibn Battouta N°12 Val Fleuri - Tanger Tel.: 05 39 31 89 85</p>	

Arrêtée la présent facture à la somme de :

deux mille neuf  
cent dix-huit

\_IF : 26039805/ RC : 90249/ ICE : 0020

0658000079

**EVER 7 OPTIC**  
Opticien - Optométriste  
Rue Ibn Battouta N°12  
Val Fleuri - Tanger  
Tel.: 05 39 31 89 85