

# 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.

## **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 canalaire, 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 canalaire.

## **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

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 Alial 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

103800

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0020213**

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7931 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : B. LIGHALEB ABDELHAFI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 24 26 02 Total des frais engagés : 3909,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Nadia BENNANI**  
Ophthalmologiste  
61, Avenue Moulay Hassan 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> Etage  
Casablanca - E-mail : diana.bennani@gmail.com  
Tél. : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67

Date de consultation : 14/02/2022

Nom et prénom du malade : M. BOU GHALEB Abdelhafid 68 Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection MUPRAS

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 : 15/02/2022

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
19/02/ 2022	C.3		300 -	 <b>Nadia BENNANI</b> Ophtalmologiste 61, Avenue Moulay Hassan 1 <sup>er</sup> , 2 <sup>ème</sup> Etage Casablanca - E-mail: nadiabennani@ophtalmologiste.com Tel.: 05 22 20 9889 / 06 64 22 20 9889

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/02/2022	3600,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

#### Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a circular arrangement of numbered points (1 through 8) around the origin of a coordinate system defined by axes H (horizontal), G (vertical), and D (depth). The points are arranged in two concentric circles, with numbers increasing from the top and decreasing towards the bottom. The outer circle contains points 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The inner circle contains points 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, and 1. Arrows indicate the positive directions for H (up), G (right), and D (outward).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Nadia BENNANI**

**Ophtalmologiste**



Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Paris

**الدكتورة نادية بناني**

**أمراض العيون**

خريجة كلية الطب بباريس  
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le ..... **14 février 2022**

**Mr. BOUGHALEB Abdelhafid**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

OD = Plan (- 0.75 à 60°)

OG = + 1.00 (- 0.75 à 85°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

*Dr. Nadia BENNANI  
Ophtalmologiste  
61, Avenue Moulay Hassan 1<sup>er</sup> 2<sup>ème</sup> Etage  
Casablanca - E-mail : dnana.bennani@gmail.com  
Tel. : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67*

**PROJECT VISION**  
Opticiens - Optométristes  
HAOJAS JETTE SAM  
53 , Bd. Soraour 1032 - Casablanca  
Tél : 0522 487 820 / 06 61 68 48 04

# Project Vision

# Facture



53, Boulevard de Bordeaux, Sidi Belyout  
Casablanca, 20000  
+212 (0)522 48 79 30  
+212 (0)621 60 60 19

DATE: 15-02-2022  
facture # 202202151206

Facturer à :

BOUGHALEB ABDELHAFID

DESCRIPTION	Quantité	P.U/TTC	Prix Total TTC
Monture optique	1.00	600.00 MAD	600.00 MAD
Verres correcteurs progressifs	2.00	1 500.00 MAD	3 000.00 MAD

**PROJECT VISION**  
Opticien - Optométriste  
HAQUAS IBTISSAM  
53, Bd. Bordeaux N°32 - Casablanca  
Tél : 0522 48 79 30 / 621 60 60 04

	Montant HT	3 000.00 MAD
Règlement par virement sur le compte bancaire suivant :	% TVA	20.00%
Banque: AttijariWafa Bank Casa Ziraoui	Montant TVA	600.00 MAD
Numéro de compte: 007 780 000 769 5000 000 083 42	Autre	0.00 MAD
Nom du propriétaire du compte: Project Vision	TOTAL TTC	3 600.00 MAD

Code BIC/SWIFT: BCMAMAMC

Montant Total à payer à l'ordre de Project Vision : Trois mille six cents dirhams

Mode de paiement : Espéce