

# 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.

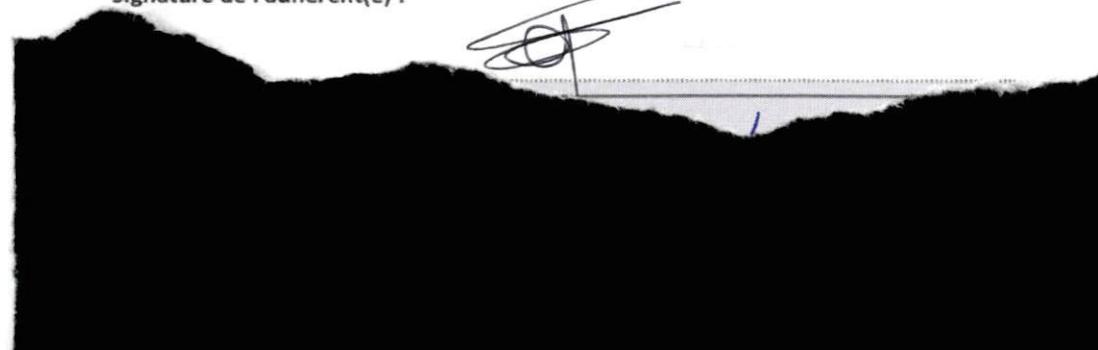
|   |  |  |                                   |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>A</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |  |  |                                   |
| Matricule : <b>03406</b>  |  | Société : <b>R.P.M.</b>                            |                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)    | <input type="checkbox"/> Autre :                   |                                   |
| Nom & Prénom : <b>SEBAA Mohamed</b>   |  |  |                                   |
| Date de naissance : <b>27-09-1959</b>   |  |  |                                   |
| Adresse : <b>BNÉ 6N° 20, Lev Nermont</b>  |  |  |                                   |
| californie CA 94041 USA   |  |  |                                   |
| Tél. <b>661592514</b>   |  | Total des frais engagés <b>2300,00 DH</b>          |                                   |
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |                                   |
| Cachet du médecin :   |  |  |                                   |
|    |  |  |                                   |
| Date de consultation : <b>128 JUIN 2019</b>   |  |  |                                   |
| Nom et prénom du malade : <b>SEBAA NOUR</b>   |  |  |                                   |
| Age: <b>60</b>  |  |  |                                   |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant                      |  |  |                                   |
| Nature de la maladie : <b>anévrisme</b>   |  |  |                                   |
| 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'adhérent conseil de la Mutuelle. |  |  |                                   |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA MAROC**

Le : **03/09/2019**

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28 JUIN 2019    |                   |                       | 30.00                           | <p>INP : 001027060</p> <p>DR BENNOUNA Kamal</p> <p>OPHTHALMOLOGISTE</p> <p>77, RUE Prince Moulay Abd</p> <p>CASA</p> <p>Tél. : 0222444444</p> <p>0622 111111</p> |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

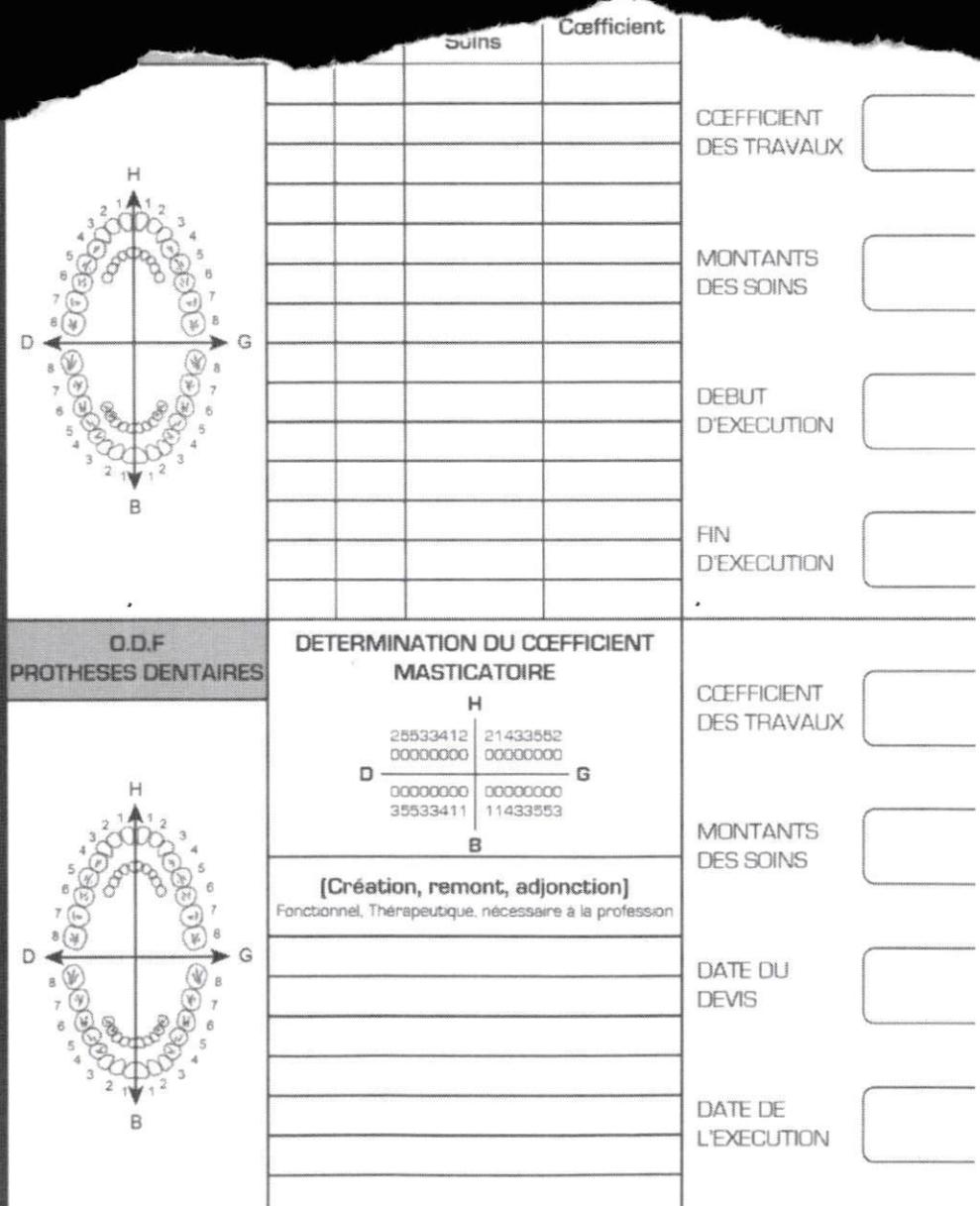
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien                         | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|   |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
| <i>ptique Mille pour cent<br/>tometriste &amp; Opticien</i> | <i>20/08/2019</i> |        |     |     |     | <i>2000.00 DH</i>                  |

### VIOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur BENNOUNA Kamal**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

**MALADIES et CHIRURGIE des YEUX**

**CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER**

**ANGIOGRAPHIE - LASER**

Casablanca Le, .....

**28/06/2019**

**الدكتور بنونة كمال**

**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

**خريج كلية الطب بمونبولي**

**جراحة قصر النظر بالليزر**

**الدار البيضاء في**

**DR BENNOUNA Kamal  
OPHTHALMOLOGISTE  
37, Rue Prince Moulay Abdellah Casablanca  
Tél: 0522 27 51 75 / 05 22 47 08 90**

Mademoiselle SEBAA Nour

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

VERRES DE LOIN ANTIREFLETS

Oeil Droit : (160° -0,75) -0,50

Oeil Gauche : (0° -1,75) -0,50

**Optique Mille pour cent**  
**Optométriste & Opticien**

**DR BENNOUNA Kamal**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
**37, Rue Prince Moulay Abdellah Casablanca**  
**Tél: 0522 27 51 75 / 05 22 47 08 90**





# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N°. 0005755

Date

29/08/2019

Mr :

SEBAA

NOUR

Docteur :

1

Type des Verres :

Optique AR <sup>BLUE</sup>

Monture :

Optique

800.00

\* Vision de Loin :

|    |     |     |   |     |       |     |       |        |
|----|-----|-----|---|-----|-------|-----|-------|--------|
| OD | Axe | 160 | i | Cyl | ~.75  | Sph | -0,50 | 600.00 |
| OG | Axe | 0   | i | Cyl | -1,75 | Sph | -0,50 | 600.00 |

\* Vision de Près :

|    |     |     |     |
|----|-----|-----|-----|
| OD | Axe | Cyl | Sph |
|----|-----|-----|-----|

|    |     |     |     |
|----|-----|-----|-----|
| OG | Axe | Cyl | Sph |
|----|-----|-----|-----|

Add :

Optique Mila pour cert

Optométriste & Opticien

Montant :

1000.00

Arrêtez la Présente Facture à la Somme de :

Delux