

# 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.

## Diagnostique 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

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 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° P19- 0002072

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1903 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : Benallal Abdou Abdou Date de naissance : 23.11.58  
Adresse : habitable  
Tél. : 0661067711 Total des frais engagés : 5600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 AOÛT 2019  
Nom et prénom du malade : BENALLAL LINDA  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : une cataracte  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
MUPRAS RECEPTION 2

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 : / /  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
08 Aout 2019				Dr. Mourad EL EADIL Ophtalmologiste 76 Bd. La Grande Ceinture Résidence El Khair, Apt 112 - 1er Etage Hay Mohammadi Tél. 022.61.24.52 - Casa

# 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIDINE KARIM EL EADIL Ophtalmologiste 5, Lot Issan Bou Hassan II - Be rechid Tél. 022 53 32 61 Fax 022 32 77 77	27/08/19					5400,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

**Dr. EL FADIL Mourad**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie des Yeux

Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société  
Française d'Ophtalmologie



**الدكتور الفاضل مراد**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة  
تصوير شرايين الشبكية، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية  
لطب العيون

**08 AOUT 2019**

Casablanca, le: .....: الدار البيضاء، في

M<sup>re</sup> BEMALLAL LKHAYAN, Abdelhak

**VERRES POUR LA VISION DE LOIN :**

Oeil Droit : + 1.50

Oeil Gauche : (- 0.50 à 80)

**ADDITION VISION DE PRES :**

OD: + 2.50

OC: + 2.75

**OPTIDINE**  
**KARIM EDDINE ADIL**  
Opticien - Optométriste  
5, Lot 1, Bd. Hassan II - Be. rechid  
Tél. 022 32 22 61 - Fax 022 32 77 77

**Dr. MOURAD EL FADIL**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
76, Bd. La Grande Ceinture  
Rés. El Khair, Appt 112, 1<sup>er</sup> Etage  
H.M.-Cosa - Tél. 05 22 61 24 52

إقامة الخير 76، شارع الحزام الكبير الطابق الأول رقم 112 - الحي المحمدي - الدار البيضاء - (بجانب قسارية عزيزة)

Résidence El Khair - 76, Bd la Grande Ceinture 1<sup>er</sup> Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 22 61 24 52 - (à coté du Kissariat Aziza)



# OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 27/08/2019

Client	MR BENALLAL LKHDAR ABDERRAHMANE
--------	---------------------------------

**FACTURE N°:1026/19**

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	1 000,00	1 000,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES TRANSITIONS GRIS +ANTI REFLET CRIZAL PREVENCIA	2 200,00	4 400,00
			<b>5 400,00</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **CINQ MILLE QUATRE CENT DIRHAMS**

**OPTIDINE**  
KARIM EDDINE ADIL  
Opticien Optométriste  
5, Lot Essafi Bd. Hassan II, Berrechid  
Tél. 022 53 32 61 - Fax 022 53 32 77