

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.

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.

Prothèse 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

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- 0007497

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08802 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALMAN JAMILA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI Ahmed
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél: 05.35.94.18.34
6ème Etage - Fes
Bureau Palmiers, N° 14

Date de consultation : 15 / 08 / 2019

Nom et prénom du malade : SALMAN JAMILA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Correction optique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/12/19	celt	c	200.000	Dr. BENNANI Ahmed Specialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux Tel: 06 35 94 18 34 64 Bd Slatini, B. des Palmiers, N° 14 2ème étage - Fes INPE 101 00 47 51

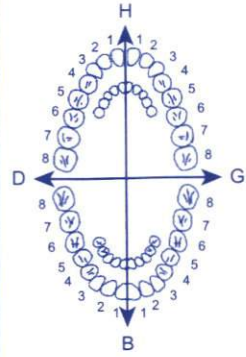
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		68,00

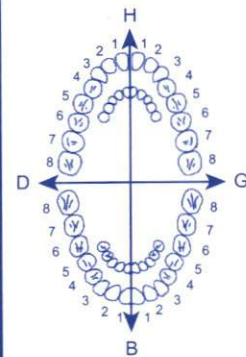
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'

SOINS DENTA/RES	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		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. BENNANI AHMED



الدكتور بناني أحمد

أخصائي أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

بالدار البيضاء

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd
Casablanca

Ex - Ophtalmologiste au CHP et au Secteur Privé
d'Al Hoceima

Membre de la société Française
d'Ophtalmologie

- Chirurgie - Laser - Topographie

- Angiographie / OCT

IPNE : 151005154

طبيب سابق بمستشفى محمد الخامس وبالقنطرة الخاصة
بالحسيمة

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

- الجراحة - العلاج بالليزر

- التصوير الرقمي لشبكية العين

- طبوغرافي القرنية

ORDONNANCE

Fès, le 15 août 2019.....

Mme SAHMAOUI Jamila

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Antireflets

VL :

OD = + 2.75 (- 2.75 à 40°)

OG = + 2.75 (- 1.00 à 128°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 1.75

PURE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois



68,00

Dr. BENNANI Ahmed
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
64 Bd Slaoui, Bureaux Palmiers, N° 14, 2ème Etage - Fès
Tél : 05 35 94 18 34 - 0612 12 84 40 - Urgences : 0663 65 31 74
IPNE 151005154

64, شارع السلاوي، مكاتب النخيل، رقم 14، الطابق الثاني، فاس

64, Bd Slaoui, Bureaux Palmiers, N° 14, 2ème Etage, Fès

Tél : 05 35 94 18 34 - 0612 12 84 40 - Urgences : 0663 65 31 74

E-mail : abennaniopht@hotmail.com