

# 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

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.

**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- 0003091

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 324 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAWKI KHADOUJ Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0679470122 Total des frais engagés : 7865 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Nadia BENNANI**  
Ophtalmologiste  
61, Avenue Loulou Hassan 1er  
Tél : 05.22.20.98.59 / 06.64.77.37.67  
Fax : 05.22.20.98.62 - Casablanca

Date de consultation : 16 / 10 / 2019

Nom et prénom du malade : Mme JAWKI KHADOUJ

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

Nature de la maladie : Affection Dentaire

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 : 16 / 10 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
16/10/19	C5+K10	-	300-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/10/19

1565,00

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

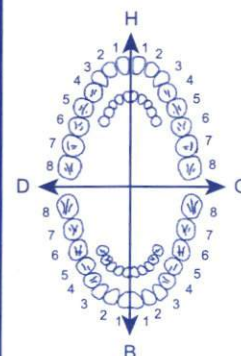
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

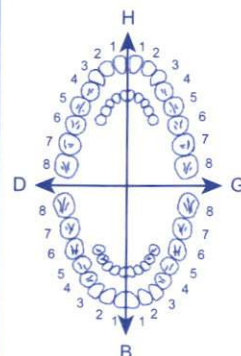
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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. Nadia BENNANI

Ophthalmologiste

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 16 octobre 2019

Mme JOUKI Khaddouj

Dr. Nadia BENNANI  
Ophthalmologiste  
61, Avenue Moulay Hassan 1er  
Tél : 05.22.20.98.59 / 06.64.77.37.67  
Fax : 05.22.20.98.62 - Casablanca

234,00 x 5  
GANFORT ALLERGAN

1 goutte le soir, les deux yeux  
traitement pour 4 mois

PHYSIO UNIDOSES ( 20 UNIDOSES )

nettoyer les yeux le matin

VIT A POS: pommade ophtalmique

1 application le soir au coucher 30 minutes après ganfort , œil  
gauche

**GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



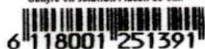
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/ZL/NRQ

**GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/ZL/NRQ

**GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/ZL/NRQ

**GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/ZL/NRQ

**GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/ZL/NRQ



79,00



79,00



79,00



79,00



79,00