

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-495378

N° 13079.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9432	Société :	Ram
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Habib
Nom & Prénom :			
HABA HABIB			
Date de naissance :			
07/08/65			
Adresse :			
FAJR Sidi Benyamin Casablanca			
Tél. :	06 61 21 534	Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<b>Dr. LOUBNA KHAYAR</b> <b>OPHTALMOLOGISTE</b> <b>235, Bd Yacoub El Mansour, Rés</b> <b>Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca</b> <b>Tél: 05 22 95 12 89</b>			
Cachet du médecin :			
  			
Date de consultation 29 NOV. 2019			
Nom et prénom du malade : HABA HABIB Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : 			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 16/12/2019

### 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
29 NOV. 2019	S	30/11	3400,-	INP : 3400 (OK) - DR. Loubna KHAYAR OPHTALMOLOGISTE Bd Yacoub El Mansour, Rés EXCELSIOR, Bldg 192 - Casablanca Tél. 0522 80 18 36 - 0522 80 18 73 - Fax : 0522 80 18 36 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
KADER OPTIQUE OPTICIENNE D'OPTIQUE 404 Av. Abdellah Benhaj Drissia Tel. 0522 80 18 73 - Fax : 0522 80 18 36 - Casablanca	11/12/19	3400,-	

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

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

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

		Coefficient des travaux												
		Montants des soins												
		Début d'exécution												
		Fin d'exécution												
		Coefficient des travaux												
		Montants des soins												
		Date du devis												
		Date de l'exécution												
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES														
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	G	00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552												
G	00000000	00000000												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION														

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN  
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie Lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -  
Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

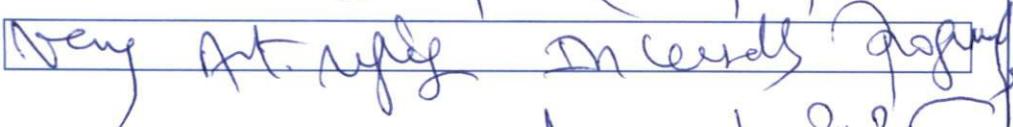
Permis de Conduire

Casablanca, le : 29.11.19 الدار البيضاء، في :

 HABA Hamid

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT  $-0,80 (-1,00, 90)$   
OEIL GAUCHE  $-1,00 (-0,80, 120)$



ADDITION VISION DE PRES

KADER OPTIQUE  
OPTICIENS OPTOMÉTRIE  
404, Av. Abdellah Benhaj Driess  
Tél: 0522 87 70 73 - Fax: 0522 80 18 36 - Casablanca  
DT. Loubna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji IF : 02520198  
 Idrissia 1 - Casablanca ICE : 001823017000027  
 Tél. : 05 22 28 70 73 INP : 095004081  
 Fax : 05 22 80 18 36  
 Patente : 33664052  
 C.N.S.S : 23561145  
 R.C. : : 20 47 88

## FACTURE

N° 0003440

Casablanca, le

M

14/11/13  
 HABSA HANID

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur BEA/JELOUN

NRS de nomenclature corespondants à la prescription	Loin { O.D. = / O.G. = /	Prés { O.D. = / O.G. = /	D.F. { O.D. = 522 O.G. = 522
---	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

## FOURNITURE :

1 Montures :

1 Montures :	Plastique	900,-	900,-
2 Verres :	Verre en porcelaine	100,-	200,-

TOTAL :

3400,-

Arrêteé la présente facture à la somme de :

Notre Dame Guette  
 Cest mon

KADER OPTIQUE  
 OPTICIENNE OPTOMTRIE  
 404, Av. Abdellah Senhaji Drissia 1  
 Tel. 0522 28 70 73 Fax 0522 80 18 36 Casablanca