

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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**

Nº P19-0035601

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 02659 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZEKRI  JAMAIC

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668592927

Total des frais engagés :

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement 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) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	GAUCHE			
12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28			
19 20 21 22 23 24 25 26	27 28 29 30 31 32 33			
15 16 17 18 19 20 21 22	23 24 25 26 27 28 29 30			
12 13 14 15 16 17 18 19	20 21 22 23 24 25 26 27			
12 13 14 15 16 17 18 19 20	21 22 23 24 25 26 27 28			
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28 29			
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22	23 24 25 26 27 28 29 30			
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	24 25 26 27 28 29 30 31			
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	25 26 27 28 29 30 31 32			
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31 32 33			

### ODF. Prothèses dentaires

Determination du coefficient masticatoire	
DROITE	GAUCHE
H	G
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

VOLET ADHERENT NOM : Y. Mle 02659

DECLARATION N° W17-138666

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

19.09.19 opticien 2500,00

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



W17-138666

DATE DE DEPOT

19/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 02659

Nom & Prénom BENZEKRI Jamil

Fonction RETRAITE Phones 8668592927

Mail benzekrijamil@gmail.com

MEDECIN Prénom du patient YOUSSEF

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 07.05.2013 Date 02.09.2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affection cardiaque

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Dr. Awatif RAZZAK  
Ophtalmologue

Tachfine, Rue Zineb Ishak  
Bab Riaf, 1er étage  
Casablanca - Tel. : 05 22 60 73 88  
Email : rawatif@gmail.com

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	G	

PHARMACIE Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : 03/09/19

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

2500,00

OPTICIEN 2500,00

**Dr Awatif RAZZAK**

**Médecin Ophtalmologue**

**Diplômée en Médecine Aérospatiale**

**Paris Descartes**



Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification

Glaucome - Strabisme - Angiographie - Echographie

Laser - Contactologie - Chirurgie Réfractive

**الدكتورة عواطف رزاق**

اختصاصية طب و جراحة العيون

**دبلوم طب الملاحة الجوية**

**كلية ديكارت بباريس**

جراحة العجلة - جراحة المياه الزرقاء

الحول - الليزر - تصوير العين بالصدى

العدسات اللاصقة - تصحيح النظر بالليزر

**02 Septembre 2019**  
Casablanca le :

الدار البيضاء في:

**Mr. BENZEKRI YOUSSEF**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets multi-couches, Amincis

OD = - 2.00 (- 0.25 à 5°)

OG = - 1.25 (- 1.25 à 160°)



شارع ابن تاشفين، زنقة زينب إسحاق، رقم 35، إقامة رياض ابن تاشفين، الطابق الأول، لافيليت - الدار البيضاء

Bd Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak N°35, Rés Riad Ibn Tachfine, 1<sup>er</sup> étage, la Villette - Casablanca

📞 05 22 60 73 38

✉ rawatif@gmail.com



# نظارات إسلام

**LUNETTES ISLAM**

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275  
ICE : 002212845000044  
IF : 30011276 - INP : 33610708

**Facture 0000702**

Casablanca, le 03/09/19

M. BENZEKRI YOUSSEF Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
OD +1,00 OG +0,75	OD +1,00 OG +0,75	OD OG	OD OG	OD OG
Monture	Métal	Plastique	RK 1000,-	
V.L. : - OD (-0,25) = -2			250,-	
- OG (-1,00 = 1,00) = 1,00			250,-	
V.P. : - OD			250,-	
- OG			250,-	
ADD. /			250,-	
TOTAL			250,-	

Arrêtée la présente facture à la somme de .....

one thousand dirhams