

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035601

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02659 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....


Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL

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 conseil 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) : 



# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis									
			Fin de									

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>Y.</u>	Mle <u>02659</u>
DECLARATION N°	W17-138666	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>19.09.19</u>	<u>Opticien 2500,00</u>	
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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>02659</u>
Nom & Prénom <u>BENZEKRI JAMAL</u>		<u>77</u>
Fonction : <u>RETRAITE</u>	Phones : <u>8668532927</u>	
Mail : <u>benzekri.j@gmail.com</u>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>YOUSSEF</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>07.05.2013</u>	Date <u>02.09.2019</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Affection oculaire</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<b>Dr. Awatif RAZZAK</b> Ophtalmologue 35 Bés. Riad (ou Tachfine, Rue Zinet Ishak) Casablanca - Tél : 05 22 60 73 38 Email : rawatif@gmail.com		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CA</u>	<u>G</u>	
<b>PHARMACIE</b>	Date	
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	Date : <u>03/09/19</u>	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
		<u>2500,00</u>



**Dr Awatif RAZZAK**

**Médecin Ophtalmologue**

**Diplômée en Médecine Aéronautique**

**Paris Descartes**

Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification

Glaucome-Strabisme-Angiographie-Echographie

Laser - Contactologie - Chirurgie Réfractive



**الدكتورة عواطف رزاق**

**اختصاصية طب وجراحة العيون**

**دبلوم طب الملاحة الجوية**

**كلية ديكارت بباريس**

جراحة الجلالة - جراحة المياه الزرقاء

الحول - الليزر - تصوير العين بالصدى

العدسات اللاصقة - تصحيح النظر بالليزر

Casablanca le : **02 Septembre 2019**

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°)

LUNETTES ISLAM  
194, Rue des Anges Bihra Jolles  
Casablanca

**Dr. Awatif RAZZAK**  
**Médecin Ophtalmologue**  
Bd. Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak  
N° 35, Rés. Riad Ibn Tachfine, 1<sup>er</sup> étage  
Casablanca - Tél : 05 22 60 73 38  
Email : rawatif@gmail.com

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 اسلام

## 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 4.00 OG 4.00	OD 4.00 OG 4.00	OD OG	OD OG	OD OG
Monture	Métal	Plastique		1000,00
V.L. : - OD (-0.25 à 1) - 2 - OG (-1.25 à 1.60) - 1.5				750,00 750,00
V.P. : - OD - OG				
ADD. /				
TOTAL				2500,00

Arrêtée la presente facture à la somme de

deux mille cinq cents