

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.



Declaration de Maladie

N° W19-474152

par poste

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR M.HAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0611 87 25 96 Total des frais engagés :

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 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-474152

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. 16 OCT. 2019

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure. Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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.

ACCUEIL

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



W18-400948

DATE DE DEPOT

15/10/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2074														
Nom & Prénom BENAMAR M'HAMMED																
Fonction : RETRAITE	Phones 06 1187259															
Mail mohammedbenamar88@gmail.com																
MEDECIN Prénom du patient BENAMAR CHAMRAE EDDAHOUCHE																
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	Date 26/09/19														
Nature de la maladie myopie		Date 1ère visite														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes CS	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 2000 K														
PHARMACIE Date 26/09/2019		Montant de la facture MM.60														
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :		CACHEZ														
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		CHENNOUEN OPTIC														
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>818,04 DH</td> </tr> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					818,04 DH	Opticien - Optométriste Bd All. Hassan II, Kissaoui, Agad N° 05 38 66 67 96
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													
				818,04 DH												

085021830

par part

Dr Abdelghani BENKHALTI

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie Oculaire et Orbito

Palpétrale, Angiographie - Laser - OCT

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie

à l'Hôpital Al Farabi - Oujda

Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد الغني بنخالتي

إقتصاص في أمراض و جراحة العيون

جراحة العين و الجفون

جراحة المسالك الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - لازير

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى

الفارابي سابقا بوجدة

خبير محلف لدى المحاكم

Oujda, le 26/09/2019 جدة، في

Ordonnance

Monsieur BENAMAR CHARAF EDDINE

(29,40 x 2) ⇒ 58,80

1) CHIBRO CADRON collyre

2 flacons 1 gtte

Pendant 1 mois

Matin, Midi et

Soir Oeul Gauche et Droit

(26,40 x 2) 52,80

2) STERDEX pom ophtaim

qsp 1 mois

1 appl.

Pendant 1 mois

Matin

et Soir Oeul Gauche et Droit

Docteur Abdelghani BENKHALTI

1 M. 60

Pharmacie EL MEKRAH
Dr. Abdelghani BENKHALTI
Huy El Mekrahi
Rue Abou Bekr Essouf
Tél: 05 36 52 44 94

Dr Abdelghani BENKHALTI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Mohamed Derfoufi, Imm. Belhoussine 1^{er} étage - Oujda
Tél: 05 36 68 67 07

STERDEX

STERDEX pommade ophtalmique

Dexaméthasone 0,267 mg
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Enreg. MA : n° 336R1/17 DMP/21/NRQ
336R1/17 DMP/21/NRQ

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Djourj, 20 110 Casablanca
Pharmacie Responsable : Amin DAUDI

22986

de 12

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

Dexaméthasone, oxytétracycline
ميتازون، أوكسي تتراسيكلين

Sterdex®

26,40

NIVEAU 1



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

نقطة 1 - LISTE

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES ET LES RECETTES
لا تأكل - لا تطعن
احرص على الجرعات والوصفات

Chibro-Cadron 5 ml

شوبرو-كادرون 5 مل

Lot / Fab / EXP

1K33
10 2018
10 2021

LOT 431
MFD 04 20
EXP 04 20

02 2019
02 2022

LOT 431
MFD 04 20 18

Dr Abdelghani BENKHALTI

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie Oculaire et Orbito

Palpétrales, Angiographie - Laser - OCT

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie

à l'Hôpital Al Farabi - Oujda

Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد الغني بنخالتي

إفتصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة العين و الجفن

جراحة المسالك الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - ليزر

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى

الفارابي سابقا بوجدة

خبير محلف لدى المحاكم

Oujda, le

26/09/2019

وجدة، في

Correction

Monsieur BENAMAR CHARAF EDDINE

Lunettes de correction pour vision de loin .

OD = -3 (-0,75 à 50)

OG = -3



Docteur Abdelghani BENKHALTI

CHENNOUFI OPTIC
Opticien Optométriste
F. L. H. CHENNOUFI
Bd Mohamed Derfoufi, Imm. Belhoussine 1^{er} étage - Oujda
N° 05 36 68 67 96
N° 05 36 68 67 96

Dr Abdelghani BENKHALTI
Ophtalmologiste
Rue Mohamed Derfoufi, Imm. Belhoussine 1^{er} étage - Oujda
Tél : 05 36 68 67 96

FACTURE:00450/2019

OUJDA :30/09/2019

CLIENT : BENAMAR CHARAF EDDINE

DESIGNATION	QTE	P, UNITAIRE	P, TOTAL
VERRES OPTIQUE	2	250	500,00
ORGANIQUE ANTI-REFLETS			-
OD:-3,00 (-0,75 à 50°)			-
OG:-3,00			-
			-
MONTURE OPTIQUE	1	180	180,00
			-
		HT	680,00
		TVA 20%	136,00
		TTC	816,00
		DROIT DE TIMBRE	2,04
		NET A PAYER	818,04

Arrêtée la présente facture à la somme de :
HUIT CENT DIX-HUIT DIRHAMS ET 04 CTS

MODE DE PAIEMENT : ESPECE

CHENNOUFI OPTIC
Opticien Optométriste
F.ZAHRE CHENNOUFI
Bd Allal El Fassi Kissariat Angad
N°42 Oujda Fix 05 36 68 67 95