

# 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° W19-474152

par poste

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9074</b>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BENAMAR M HAMMED</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0611872596</b>		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Age: <b>16 OCT. 2019</b>	
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'at <sup>o</sup> 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) : .....

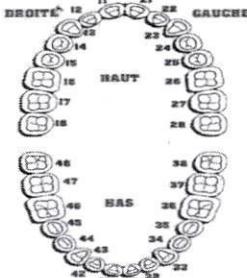
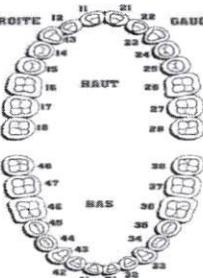
VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-474152	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
MUPRAS	
16 OCT. 2019	
Matricule : .....	
Nom de l'adhérent(e) : .....	
Total des frais engagés : .....	
ACCUEIL	

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux															
																				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins															
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 40%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	
D	H	G																		
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
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

Mme 2074

Nom & Prénom BENAMAR M'HAMED

Fonction RETRAITE Phone 06 11 87 25 92

Mail mohammedbenamar88@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient BENAMAR CHOUAF EDDINE

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 26/09/19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Myopie

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

CS

2000 Dhs

PHARMACIE

Date 26/09/2019

Montant de la facture

1M.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

818,04 Dhs  
085021830

CHENNOUE OPTIQUE  
Opticien Optométriste  
Kenza Ben Yousfi  
Bd Al Massi Kessaar Agad  
N°1000a Fix 05 36 68 67 96

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

اختصاصي في أمراض وعراة العيون

جراحة العين والجفن

جراحة المسالك الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - لازير

خريج كلية الطب برباط

رئيس مصلحة طب العيون بمستشف

الفارابي سابقا بوجدة

خبر مخلف لدى الآباء

Oujda, le ..... 26/09/2019

وجدة، في

Ordonnance

Monsieur BENAMAR CHARAF EDDINE

$(29,40 \times 2) = 58,80$

1) CHIBRO CADRON collyre

2 flacons 1 gtte Pendant 1 mois

Matin, Midi et

Soir Oeil Gauche et Droit



2) STERDEX pom ophthaim

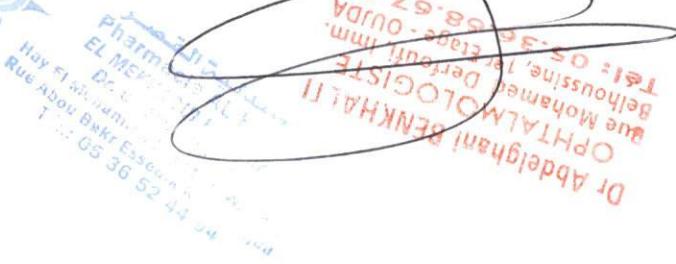
qsp 1 mois 1 appl. Pendant 1 mois Matin

et Soir Oeil Gauche et Droit



1M.60

Docteur Abdelghani BENKHALTI



Dr Abdelghani BENKHALTI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Belhoussine 1<sup>er</sup> étage - Oujda  
Tél: 05 36 68 67 07

زنقة محمد الدروفى عمارة بالحسين الطابق الأول (قرب السوق المغطى) 05 36 68 67 07 - وجدة

Rue Mohamed Deroufou, Imm. Belhoussine 1<sup>er</sup> étage (Près du Marché Couvert) 05 36 68 67 07 - OUJDA

CHIBRO-CADRON

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

A standard linear barcode is positioned at the bottom of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

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

Distribué par COOPÉR PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
Pharmaciens Responsable : Amine DAOUDI

Enrgy. MA: n. 338R1/17 DMP/21/NRG

6 118001 100378

100% 

PPV: 26,40 DH  
Systolic pressure 1335 mg

Dexamethasone 0.267 mg/  
-prenimide opthalmic  
Ometacaine 1.25%

TERDEX Pomade 300g



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice



Chibro-Cadron 5 ml

Lot / Fab / EXP

1K3322018  
11000002021

LOT 431  
MFD 04  
EXP 04

LOT 431  
MFD 04 2

de 12

2962

**Dr Abdelghani BENHALTI**  
**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  
افتراضي في أمراض و جراحة العيون  
جراحة العين والجفن  
جراحة المساالك الدمعية  
فحص شبكة العين بالأشعة - لازير  
خريج كلية الطب بالبرازيل  
رئيس مصلحة طب العيون مستشفى  
الفارابي سابقاً بوجدة  
خبير مخلف لدى المحاكم

26/09/2019

---

Correction

Monsieur BENAMAR CHARAF EDDINE

## Lunettes de correction pour vision de loin .

OD = -3 (-0,75 à 50 )

$$\text{OG} = -3$$

Docteur Abdelghani BENKHALTI

DR ABDESSAMAD MENECHAULT  
OPTICALLOGISTE  
BUREAU MOBIL 06 70 36 05 81  
TÉLÉPHONE 06 70 36 05 81  
BUREAU MOBIL 06 70 36 05 81

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 PAIMENT : ESPECE

CHENNOUFI OPTIC  
 Opticien Optométriste  
 F.ZAHRA CHENNOUFI  
 Bd ALLAL EL Fassi Kissariat Angad  
 N°1 Oujda Fix 05 36 68 07 96

