

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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° W19-496290

11358

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Matricule :

09839

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHATAR

TARIK

Date de naissance :

26 03 1973

Adresse :

Tél. : 0661052139

Total des frais engagés : 4250,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/12/2019

Nom et prénom du malade :

KHATAR TARIK

Age: 46

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

astigmatisme + Presbytie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 :

CASA

Le : 06/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
02/12/2019	CA	1 250,00	INP : 91022772	
				DR A. RAZZOUK Ophtalmologiste 18, Rue Ghamaa 2ème Etage Casablanca - 161-0529 10 70 11

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

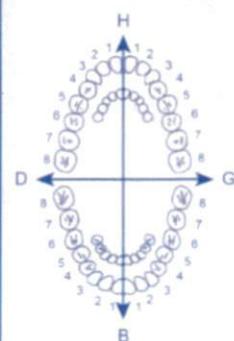
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

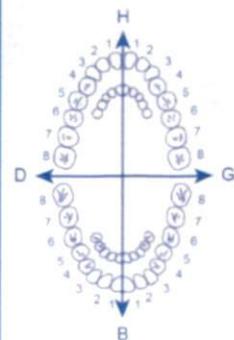
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 184, Rue des Aydes Alia Casablanca	04/12/19					4.000,00

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 2143955  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

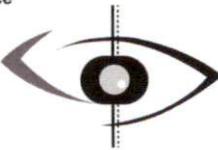
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Docteur Aziz Amine BENJELLOUN**  
**OPHTHALMOLOGIE-CHIRURGIE**

Diplômé des Universités de Paris-Ile-de France  
Ancien attaché aux hôpitaux HÔTEL-DIEU  
ET BROUSSAIS-PARIS  
ANGIOGRAPHIE-LASER-STRABISME  
LENTILLES DE CONTACT



**الدكتور عزيز أمين بنجلون**  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات  
تخطيط الأوعية، لازر

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le ..... 02/12/2019 ..... الدار البيضاء، في

*Dr Taïk KHATAR*

*Assenjtion de lunettes  
lentes + marques*

IL OD -1,50 (-2,50 à 175°)  
06 -1,75 (-2,75 à 5°)

IP OD6 add +1,50

*Progressifs  
au no. 10*



*Dr. A. BENJELLOUN  
Ophtalmologist  
B. Rue Gharnata 2010  
Casablanca  
Tél : 05 22 48 70 77 / 78*



# نظارات إسلام

## LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

**Facture 0000496**

Casablanca, le 04/12/19

M. TARIK KHATAR Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
<i>Q R M A</i> <i>Bhira JADIDA</i> <i>RH</i>	OD ..... OG .....	OD ..... OG .....	OD ..... OG .....	OD ..... OG .....
Monture	Métal	Plastique		
V.L. : - OD ..... - OG ..... V.P. : - OD ..... - OG .....	(-2,50 à 1,75) -1,75 (-2,25 à 1) -1,75			1000,- 1500,- 1500,-
ADD./	OD/G : +1,75			
TOTAL .....				4000,-

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

*Dans**à m h - Milha*