

# 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<b>21793</b>	
Matricule : <b>9FM</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BIFDEN SFO</b>		Date de naissance : <b>12/08/1962</b>	
Adresse : <b>4, Rue DAKKOUNE AV. MERS SUL JAR CHAB</b>		Tél. : <b>0522911122</b>	
Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. A. BENJELLOUN</b>            Ophthalmologiste            16, Rue Ghamaia 2ème Etage            Casablanca. Tél: 0522 48 70 77         </div>			
Date de consultation : <b>09/02/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BIFDEN SFO</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <b>Hoppe</b>			
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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **09/02/2020**

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

#### **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
25/02/2020	ca	1	250,00	INP : 91022772  Dr. Béchir Bellouni Chirurgien-Dentiste Spécialiste en Malologie Centre Médical 2ème Etage Tunis - 22 48 70 77

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	
LUXOPTIC +36 Avenue Héros Suresnes 75036 Paris Cedex 03 Tél: 01 55 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89	19/09/2010					1500,00

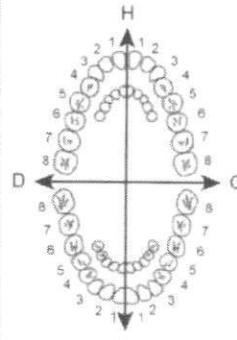
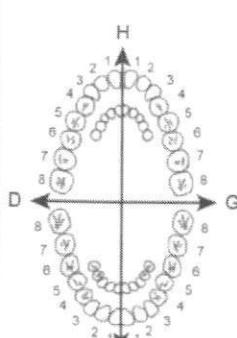
Cachet et signature  
du Particulier

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000   11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411  </td> </tr> </table>			H	25533412   21433552	D	00000000   00000000	<hr/>		B	00000000   11433553	<hr/>		G	35533411	<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
H	25533412   21433552															
D	00000000   00000000															
<hr/>																
B	00000000   11433553															
<hr/>																
G	35533411															
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

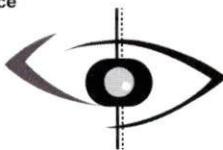
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Aziz Amine BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGIE-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 05/02/2020 الدار البيضاء، في

*Dr Amine BENJELLOUN*

*discription de lunette  
lenses + malice*

*LUXOPTIC  
196 Avenue Mers Sultan-Casablanca  
Tél.: 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89*

*VL 08 - 6 (-0,75 à 90°)*  
*06 - 6,50 (-0,95 à 0°)*

*œil droit*

*Dr. A.BENJELLOUN  
Ophtalmologiste  
18, Rue Gharnata Zemmour Elage  
Casablanca - Tel: 05 22 48 70 77*



196, AVENUE MERS-SULTAN - CASABLANCA

Tél. : 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

FACTURE N° 0008675

Le 12/02/2020

M. BIFDEN Amine

Ordonnance de Mr le Docteur AZIZ AMINE BENJELLOUN

N° de nomenclature correspondant à la prescription

(Loin { O.D. = .....  
O.G. = .....

Près { O.D. = .....  
O.G. = .....

D.F { O.D. = .....  
O.G. = .....

FOURNITURES :

1 Montures :	PLASTIQUE	600
2 Verres :	ORGANIQUES ANTIREFLETS Amincis	900
	TOTAL	1500 00

la présente facture arrêtée à la somme de Dh.

Dont T.V.A. 20% inclus:

MILLE CINQ CENT DIRHAM'S



REGLER PAR CHEQUE