

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.

Pathologie 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

Entente préalable :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045041

ND: 25404

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0708 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAD Abdelkader

Date de naissance : 3 - 10 - 44

Adresse : 152 Av. Houman Feltouaki (RBA)

Tél. : 0671 40 04 96 Total des frais engagés : 1705,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 FEV

Nom et prénom du malade : SAD Abdelkader Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affectif

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 le 13 / 2 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-045041

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
13 FEV 2020			300	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	13/02/20	205,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	13.02.20	oct 1900	<i>[Signature]</i>
	20 h	h	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENNOUNA Kamal

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

MALADIES et CHIRURGIE des YEUX

CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER

ANGIOGRAPHIE - LASER

الدكتور بنونة كمال

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبولىي

جراحة قصر النظر بأشعة الليزر

Casablanca Le,13/02/2020..... في الدار البيضاء

Monsieur SAD Abdelkader

130.00

- HyFresh

1 goutte, 3 fois par jour



75.70

- ZALERG

1 goutte, 2 fois par jour



205.70

PHARMACIE LA LIBERTÉ
Sanaâ BENKIRANE
104, Bd. de Paris - Casablanca
Tel: 05 22 27 51 75

Dr BENNOUNA Kamal
OPHTALMOLOGISTE
1, Rue Prince my Abdellah - Casablanca
Tel: 05 22 27 51 75 - 05 22 47 08 90

PHARMACIE LA LIBERTÉ
Sanaâ BENKIRANE
104, Bd. de Paris - Casablanca
Tel: 05 22 27 51 75

77. زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع للا لياقوت) - الدار البيضاء
77, Rue Prince Moulay Abdellah (Angle Bd . Lalla Yacout) - Casablanca



05 22 27 51 75

05 22 47 08 90

Casablanca, le

~~Dr. B. Bennouwa~~

Mr. Mme. Enf. (SAD) Abdelkader

Le Mercredi à 11^h 30 heures à ~~jeun~~

Diagnostic

Prise en charge SC T maculaire

Mutuelle Assurance

Nombre de jours d'hospitalisation Prévus

Préparation à l'entrée

~~CLINIQUE CHIRURGIENNE
43, Bd. Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 20 48 36 / 37
Fax : 05 22 20 03 57
Service Ophtalmologie~~

~~Dr. BENNOUWA A. ABBA
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Prince Niy Abdelloh - Cr
Tél: 0522 27 51 75 / 05 22 47 08~~

Médecin traitant



Casablanca, le :

F A C T U R E

N° : **127598 / 2020** du **19/02/2020**

Médecin traitant : DR. BENNOUNA KAMAL

OCT

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr SAD ABDELKADER	PAYANT	19/02/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
OCT		1,00	500,00	500,00
			Sous/Total	500,00
Total clinique				500,00

DR. BENNOUNA KAMAL (ophtalmo)		1,00	700,00	700,00
			Sous/Total	700,00
Total autres prestations				700,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	1 200,00
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

BANQUE. P AGENCE AL HADIKA 190 780 21211 9303675 0001 60

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05 22 29 48 36 / 37
Fax : 05 22 22 03 57
Service Ophtalmo

