

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.

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.

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° W19-520666

ND: 34441

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01421 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KETTANI MOHAMMED TAJEEDINE
 Date de naissance : 25.11.1951
 Adresse : 28 EL Firdaous 03 KH8.1 RD
 de Mekra Casa
 Tél. : 06 66 57 66 73 Total des frais engagés : 5800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 JUIN 2020
 Nom et prénom du malade : M. KETTANI TAJEEDINE Age : 1951
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Aff. oculaire
 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 : Le : 09/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-520666

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 : 01421
 Nom de l'adhérent(e) : KETTANI
 Total des frais engagés : 5800 Dhs
 Date de dépôt : 09-07-2020

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
29/01/2023	Opht		2000	INP : 0901172064 Dr. BEN EN EN Mohamed Fayçal Ophtalmologie Chirurgie des Yeux Albania

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
<p>OPTICAL AUDITION Opticien Optométriste Parc Plaza1, Angle Y. coult El Mansour et Youssef Ben Tachine, N°1-Mohammadia Tél: 05.23.30.47.13</p>	08/07/2020					58000

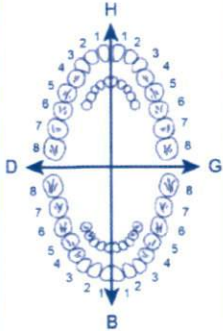
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

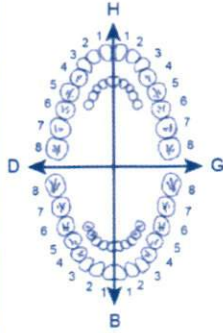
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : <input type="text"/>		
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>
	H									
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	B									
		<input type="text"/>								
			<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENJELLOUN Mohamed Fayçal
Medecin Spécialiste en Ophtalmologie

Pathologie vitréo-rétinienne

102, Bd Zerktouni - Casablanca

Tramway : Station Av Hassan II

E-mail : drbenjafay@hotmail.fr



الدكتور محمد فيصل بنجلون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

أمراض وجراحة الشبكية

Tél.: 05 22 27 82 00 - 05 22 22 19 64

Fax : 05 22 27 06 71

Urgences : 06 53 38 63 46

Casablanca le

22 Juin 2020

Mr KETTANI Mohamed Tajeddine

**Monture + Verres progressifs Essilor Transition Anti
Reflets**

- Vision de loin :
 - OD : +2.25 (-0.75 à 90°)
 - OG : +1.50 (-0.75 à 90°)
- Vision de près :
 - ODG : Addition +2.50

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza1 Angle Yacoub El Mahsour
et Youssef Ben Tachine, N°1-Mohammedia
Tél: 05.23.30.47.13

BENJELLOUN Mohamed Fayçal
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
102 Bd Zerktouni 2^{ème} Etage Casablanca
Tél : 05 22 27 82 00 P. 0653386346

OPTICAL AUDITION

Client: Mr KETTANI MED TAJEDDINE
N° Facture: FKM22242007150956
Date: 08/07/2020

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	800.00
VERRE OD VARILUX TRANSITION ANTI-REFLET IMP : +2.25 (-0.75 à 90°) / ADD: +2.50	1	2500.00
VERRE OG VARILUX TRANSITION ANTI-REFLET IMP : +1.50 (-0.75 à 90°) / ADD: +2.50	1	2500.00
HT		4833.33
TVA 20.00%		966.67
TTC		5800.00

OPTICAL AUDITION
Opticien Opticien
Parc Plaza I, Angle Yaacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine, N°1 - MOHAMMEDIA
Tél: 05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: CINQ MILLE HUIT CENT DIRHAMS

PARC PLAZZA I, ANGLE YAACOUB EL MANSOUR, YOUSSEF BEN TACHFINE IMM. M N°1-MOHAMMEDIA
Tél: 05.23.30.47.13 / N°PATENTE: 14378870 / N°IF: 14378870 / N°RC: RCN 12303
ICE: 001509644000079 / INPE: 095013348 / Email: opticalaudition@gmail.com