

## 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 | adhésion@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° W19-515890

40202

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

6074

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN SARI ABDELHAKIM

Date de naissance :

22/03/50

Adresse :

B1 ABDELHADI BOUTYLEB  
HAY NASSYM RUE 7 N° 6 Casablanca

Tél. :

066363 6465

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BEN SARI  
OPHTALMOLOGISTE  
Résidence Tardaya 1, Rue Boujnah  
Rabat - Tel: 05 37 20 20 01  
NIP : 101028439

Date de consultation :

18/6/2020

Nom et prénom du malade :

BEN SARI AbdelHAKIM Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rechacte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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) :

16 SEP. 2020

ACQUITTÉ

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18/01/2020	Chirurgie dentaire	1	25000	INF : 101028439 Docteur BEMARHOU ABDUL KADER 101028439 05.37.2020 101028439

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes  
INP : 101028439  
Docteur BENARD  
OPHTHALMOLOGISTE  
Résidence Babat : 05 37 20 28  
INP : 101028439

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<del>PERFECT VISION</del> 29, Bd Zighoud - Casablanca 11:05 2020	17/07/2020			Monture + Verres progressifs + optique Ancelets		1600 DT + 2500 DT = 41500 DT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée. L'acte pratique 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession				

**Docteur BENSARI OUAZZANI Amina**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
**Diplômée de la Faculté de Médecine**  
**de Toulouse**



## الدكتورة بن صاري الوزاني أمينة

## Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

## Lentilles de Contact

## Résidence Tarfaya - 1 Rue Benghazi - Rabat

Tél : 05 37 20 20 01

## خريجة كلية الطب بتولون

إقامة طرفية - زنقة بنغازي - الرباط

الهاتف: 0537302001

## Rabat le

18 III

101

Brutto  $\downarrow$  Gewinn  
Wissen  $\downarrow$  Preis  
Verein  
auf die Miete  $\downarrow$   $(15^\circ - 2,50) - 0,50$   
Oboe  $(25^\circ + 2,00) + 0,50$

PERFECTVISION  
320/8d. 06.06.70.47  
Casablanca

Wiliam J. Mie  
Addition \$69.300

Docteur BENSARI OUAZZANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Résidence Tariaya 1, Rue Beng  
Rabat, Tel.: 05 37 20 20 01  
INP 101028439

# Perfect vision

DATE 17/07/2020  
FACTURE N° 17072020

Nom et Prénom : BENSARI ABDELHAKIM

<b>Désignation</b>		<b>Quantité</b>	<b>Prix TTC</b>
<b>Montures</b>		MONTURE	1600DH
Verres	VL VP	Verres progressifs organiques antireflets	2900DH
VL	OD OG	(15° -2.50) -0.50 (25° +2.00)+0.50	
VP	OD OG	+3.00 +3.00	
<b>TOTAL</b>			4500DH

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TTC DE :

QUATRE MILLE CINQ CENT DIRHAMS

PERFECT VISION  
329, Bd. Ziraoui - Casablanca  
Tél: 0522267047

**Perfect vision**  
**329 bd ziraoui casablanca tel 0522267047**

RC373928 IF40160833 PATENTE 30202600 ICE 000803907000007 CNSS 8220692  
INPE095011185