

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Cessions 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.

## Optique :

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

## Education :

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

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

Nº M20- 0007568

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7780 Société : 19239

Actif

Pensionné(s)

Autre :

Nom & Prénom : El Youssfi Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : KANA Manien Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-07568

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 : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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													
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">DROITE</td> <td style="text-align: center;">12 13 14 15 16 17 18</td> <td style="text-align: center;">GAUCHE</td> <td style="text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HAUT</td> <td style="text-align: center;">22 23 24 25 26 27 28</td> <td style="text-align: center;">Haut</td> <td style="text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">BAS</td> <td style="text-align: center;">32 33 34 35 36 37 38</td> <td style="text-align: center;">Bas</td> <td style="text-align: center;">32 33 34 35 36 37 38</td> </tr> </table>		DROITE	12 13 14 15 16 17 18	GAUCHE	21 22 23 24 25 26 27 28	HAUT	22 23 24 25 26 27 28	Haut	21 22 23 24 25 26 27 28	BAS	32 33 34 35 36 37 38	Bas	32 33 34 35 36 37 38	H 25533412 21433552 00000000 00000000 G 00000000 00000000 D 35533411 11433553  (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
DROITE	12 13 14 15 16 17 18	GAUCHE	21 22 23 24 25 26 27 28														
HAUT	22 23 24 25 26 27 28	Haut	21 22 23 24 25 26 27 28														
BAS	32 33 34 35 36 37 38	Bas	32 33 34 35 36 37 38														
Visa et cachet du praticien  Attestant le devis		Visa et cachet du praticien  attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0066613	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prénom			
Fonction	Vendeur	Phones	-
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date .....	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date .....	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date .....			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date .....			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN  
OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin a l'hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le:

95/09/2020

الدكتورة لبني خيار بنجلون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة القيادة

الدار البيضاء في:

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT + 3,00 (- 9,00, 30°)

OEIL GAUCHE + 5 (- 2,00, 100°)

Very Distant At night

+ 2 086

ADDITION VISION DE PRES

Dr. Loubna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés.  
Al Anfal, Etage N°2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

PHARMA OPTIQUE  
Opticienne Optométriste Diplômé  
235, Bd Yacoub El Mansour  
Rés Al Anfal - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

235، شارع يعقوب المنصور - 1 - قامة الأنفال - عمارة رقم 5 الطبق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89  
235 ,Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im . " A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

وصف العمليات المجرأة				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	النوع Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
25/09/18	92		300	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10

Actes Paramédicaux					
التاريخ Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
25/09/18	1 monture optique 2 paire de lunettes 3 paire de lunettes 4 paire de lunettes 5 paire de lunettes		500@ 3000,00	T: 3500,00	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	ات الإحياء، الأشعة والصور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع التنفيذي Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 201199869970917

Emis à Casablanca le : 19/11/2020

Identifiant de la famille تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 110794049  
Règlement du mois : 11/2020  
Mode de paiement : Virement

KANA MARIEM  
DB NEJMA BLOC 457 N[ 1118 HAY HASSANI  
CASABLANCA 2023

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KANA MARIEM										
071035429	25/09/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
071035429	25/09/2020	VER	OPTICIEN	3 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
071035429	25/09/2020	MON	OPTICIEN	500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
<b>Total remboursé pour MARIEM</b>										
<b>Total général remboursé</b>										

ما عدا خطأ أو نسيان

Sauf erreur ou omission

Commentaire 071035429

# pharma

---

## OPTIQUE

### FACTURE

FACTURE N° : **174/2020**

CLIENT : **KANA MERIEM**

DATE FACTURE : **12/10/2020**

DESIGNATION		PRIX TTC
<u>Montures</u> : 1	<b>OPTIQUE</b>	500,00 DH
<u>Verres</u> :	<b>OG1 PROGRESSIFS ORGANIQUES AMINCIS 1.67 ANTIREFLETS</b>	1 500,00 DH
	<b>OD1 PROGRESSIFS ORGANIQUES AMINCIS 1.67 ANTIREFLETS</b>	1 500,00 DH
<u>Nomenclatures</u> : OD : +3.50 ( -0.50 à 30° ) , Add = +2.00 , Prisme = +0.00 OG : +5.00 ( -2.50 à 100° ) , Add = +2.00 , Prisme = +0.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

**Total TTC : 3 500,00 DH**

**Total HT : 2 916,67 DH**

**TVA 20% : 583,33 DH**

**Frais de Timbres : 8,75 DH**

**Montant Total Payé : 3 508,75 DH**

PAYE PAR CHEQUE

ICE : 001579536000033

**PHARMA OPTIQUE**  
Opticienne Optométriste Diplômée  
235, Bd Yacoub El Mansour  
Rés Al Anfal Casablanca  
Tél 05 22 36 85 76



095004461

R.C 92631 IF 2222044 Patente 34819120 CNSS 6066460