

# 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.

## Biologie 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 ALO :

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- 054860

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9614 Société : GPI

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKHROUB ABDELAZIZ

Date de naissance : 06-08-1962

Adresse : 19 Rue EL banafssaj ETG 5 APPT 30 Hay RAHAC

Tél. : 0616881197 Total des frais engagés : 3000 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae Benchekroun  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais Bd Ghandi  
Tél/Fax 022 36 37 08  
Urgence 062 55 19 36

Date de consultation : 21/11/20

Nom et prénom du malade : Makroub Marcela Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : vice de l'oeil

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 21/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-054860

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 : 9614

Nom de l'adhérent(e) : MAKHROUB Abdelaziz

Total des frais engagés : 3000 DH

Date de dépôt : 07-12-2020



# 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
21-11-20		CS	3000 DH	

## 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	TV	
	24-11-20					3000 DH

### 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون  
جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca, le 21.11.20... في الدار البيضاء

Makroub Harwa

Lenette VL

OD = -0,25 (-0,25, 170°)

OG = -0,25

verres anti  
lueeee

Blue

VISIONAL OPTIQUE  
Angiographie et  
laser vitro rétinien  
Imm D - 3ème étage  
Tél : 0522 99 47 43 / 0661 39 39 24

Professeur Ouafae Benchekroun  
Ophtalmologiste  
Rés du Palais Ghandi  
Tél/Fax : 022 36 37 08  
Urgence : 062 55 19 36



# VISIONALIS OPTIQUE

FACTURE n° : 167/2020

Le : 24/11/2020

Nom : Mr/Mme Makhlouf Hanwa

Monture optique : 1200 dh

Verre organique anti reflet : 750 DHS

OD : -0.25 / 170°

Verre organique anti reflet : 750 DHS

OG : -0.25

Arrêté la présente facture a la somme de : 2250 DH  
..... dirhams.

VISIONALIS OPTIQUE  
Angle Rue Abou Soufiane Taou  
et Rue Ibn Katir, Res. les Perles  
Immeuble N° 6 Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 99 42 43 / 06 33 35 24