

# 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 | : 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° W19-584350

(5404)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9306

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENNIS MOHAMED TAHAR

Date de naissance :

02/07/1972

Adresse :

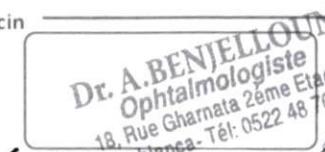
7 Bis, Rue Nessim EDDINE MAHDI

Tél. : 0662386622

Total des frais engagés : 250 + 2200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/12/2020

Nom et prénom du malade :

BENNIS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypope

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/12/2020

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-584350

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 : 9306  
 Nom de l'adhérent(e) : BENNIS  
 Total des frais engagés : 250 + 2200  
 Date de dépôt : 30/12/2020

## **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
28/12/2020	ds		250,00	INP : 91022772 

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
LUXOPTIC 196, Avenue Mars Sultan Casablanca Tél.: 03 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89	25/09/2020					2200,00

#### VOLET ADHERENT

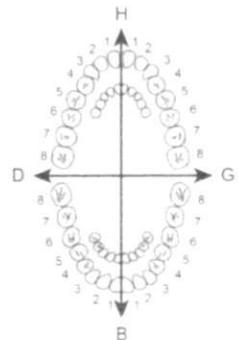
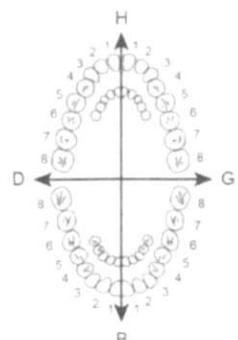
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H	21433552															
25533412	00000000															
D	00000000															
00000000	00000000															
B	35533411															
35533411	11433553															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												

**Docteur Aziz Amine BENJELLOUN**  
**OPHTHALMOLOGIE-CHIRURGIE**

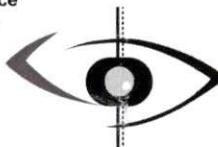
Diplômé des Universités de Paris-ile-de France

Ancien attaché aux hôpitaux HÔTEL-DIEU

ET BROUSSAIS-PARIS

ANGIOGRAPHIE-LASER-STRABISME

LENTELLLES DE CONTACT



**الدكتور عزيز أمين بنجلون**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهورية، العدسات

تقطيع الأوعية، لازر

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 23/12/2020 الدار البيضاء، في

*Yekai Abei BENNIS*

**LUXOPTIC**

196, Avenue Mers Sultan-Casablanca  
Tél.: 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

*cription de l'acuité  
deux - marins*

*VL OS - 3,75  
autre OS - 3,75 (-0,75 à 10)*

*Dr. A. BENJELLOUN  
Ophtalmologie  
18, Rue Gharnata - Casablanca  
Tél : 05 22 48 70 78*



196, AVENUE MERS-SULTAN - CASABLANCA

Tél. : 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

**FACTURE N° 0009242**

Le 25/12/2020

## MELLE BEAN'S ARBIR

Ordonnance de Mr le Docteur... AZIZ AMINE BEN SELLAMI

N° de nomenclature correspondant à la prescription	<span style="font-size: 2em; color: blue; margin-right: 5px;">(</span> Loin { O.D. = ..... O.G. = .....	Près { O.D. = ..... O.G. = .....	D.F { O.D. = ..... O.G. = .....
--	--	-------------------------------------	------------------------------------

## **FOURNITURES :**

1 Montures : PLASTIQUE	700
2 Verres : ORGANIQUES ANTIREFLETS	1500
Amincis 1,67	
<b>TOTAL</b>	<b>2200,00</b>

**la présente facture arrêtée à la somme de Dh.**

Dont T.V.A. 20% inclus:

DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAM'S

R.C. : 252634 - C.N.S.S. : 2622323 - T.P. : 34204128

- ICE : 000834271000023

LF:41805998

LUXOPTIC  
195, Avenue Mers Sultane Casablanca  
Tel.: 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89