

# 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

- Reclamation : 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° M21- 073147

157690

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 339 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AILI ELHOSSINE

Date de naissance : 01/01/1982 N° 13

Adresse : Casablanca

Tél. : 0522900464 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Maassira H. 3331 Dr. Laila HADUZIR Lot Maassira H. 3331 71332188	07/03/23	576,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

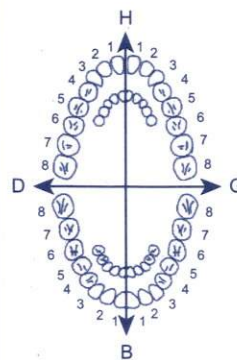
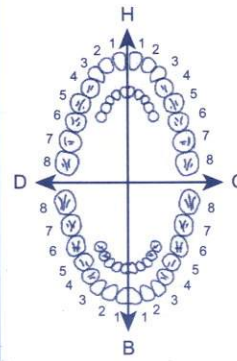
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
H			H																	
25533412			21433552																	
00000000			00000000																	
D			G																	
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B	B																			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				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

## Docteur Omar BENNIS

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ex.Praticien à l'Hôpital 20 Août Casablanca

Chirurgie de la Cataracte  
OCT - Laser - Angiographie

## الدكتور عمر بنيس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء  
التصوير المقطعي - الليزر - انجيوجرافي

INPE :



091163675

Casablanca, le .....

le lundi 7 mars 2022

Monsieur El Houssine AILI

192,10

X  
3 - DUOTRAV COLLYRE : 6 boîtes  
Une goutte le soir dans les deux yeux

576,30

Taitement Continu RENOUEVABLE 6 mois

Pharmacie Massira Hassania  
Dr. Laïla EL OUIZIR  
El Massira Hassania B.P. 5.000  
Casablanca - Maroc

Dr. Omar BENNIS

Ophthalmologiste

N° 836, Av. Aba Chouaib Doukkali, Drissia 3, 2ème Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 28 15 41 - 08 08 38 42 03

836, شارع ابا شعيب دكالي, دريسيا 3, الطابق 2, (أمام مرجان درب سلطان) الدار البيضاء

N° 836, Bd Aba Chouaib Doukkali, Drissia 3, 2ème Etage (en face de Marjane Derb Sultan)

Tél: 05 22 28 15 41 / 08 08 38 42 03 - E-mail: bennis.opht@gmail.com

TP (Patente): 33660018 IF: 40477949 CNSS: 9111303



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

AILI EL HOUSSEINE

Matricule :

339

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☒

Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

D Bennis Omar

Spécialité :

ophtalmologie

N° ICE :

N° INPE :

0911 63678

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Glaucome chronique à angle ouvert.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Duetrov collyre.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 09/03/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

**D. Omar BENNIS**  
Ophtalmologiste  
N° 800, Av. Aba Chouaib Doukkali Origine  
2ème Etage - Casablanca  
Tél : 05 22 22 11 11 - 05 22 22 11 11

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées