

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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° P19-0040831

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7929 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAMLIJI ABDE RAHIM / 167750  
Date de naissance : 1960  
Adresse : MOHAMMEDIA  
Tél. 0662 072894 Total des frais engagés : 2522 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 15/06/2023  
Nom et prénom du malade : Lamliji Abderrahim Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
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 : Mohamédia Le : 15 / 06 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
15/06/23	Consult		300 DH	Dr. Amine BENALI Specialiste en Ophtalmologie Av. Abderrahmane Serfati Résidence Rawiya Mohammed Tel 05 23 31 12 12 / 30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/23	22.00

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	IV	
 N° 1 RDC Imm SAFY Rue Abdelaziz Bencheikroun Mohammedia Tel : 05 23 32 16 33	03/07/23					2200 DH

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 canalaires, 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"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table><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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

**Docteur Amine BENSEMLALI**

الدكتور أمين بن السملالي



## OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Maladies et chirurgie de la rétine

Echographie, Laser, Angiographie, OCT, IVT

Diplômé de la faculté de médecine de CASABLANCA

Ancien médecin de l'hôpital des Quinze-Vingts PARIS

إختصاصي في أمراض العيون

جراحة الجلالة بالليزر

أمراض و جراحة الشبكة

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابقاً بمستشفى 20 / 15 بباريس

**15 juin 2023**

**Mr LAMLIJI Abderrahim**

22.00

**SICCAPROTECT collyre**

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 15 jours



**Dr. Amine BENSEMLALI**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Av. Abderrahmane Serghini  
Résidence Rawiya Mohammedia  
Tél: 05 23 31 12 12

لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

شارع عبد الرحمان السرجيني إقامة راوية رقم 4 الطابق الأول (أمام محطة القطار) - المحمدية

Av Abderrahmane Serghini Résidence RAWIYA 1er Etage N° 4 (en face de la gare ONCF)

Mohammedia Tél : 05 23 31 12 12 / 30 Urgence : 06 64 44 65 80 E-mail : dr.abensemlali@gmail.com





**OPHTALMOLOGISTE**

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification  
Maladies et chirurgie de la rétine  
Echographie, Laser, Angiographie, OCT, IVT

Diplômé de la faculté de médecine de CASABLANCA  
Ancien médecin de l'hôpital des Quinze-Vingts PARIS

إختصاصي في أمراض العيون  
جراحة الجلالة بالليزر  
أمراض و جراحة الشبكة  
خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيب سابقا بمستشفى 20 / 15 بباريس

**15 juin 2023**

**Mr LAMLIJI Abderrahim**

**Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets**

Vision de loin :

OD = + 1.50 (- 3.75 à 85°)

OG = + 1.50 (- 3.00 à 82°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

Dr. Amine BENSEMLALI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Av. Abderrahmane Serghini  
Résidence Rawiya Mohammedia  
Tél : 05 23 31 12 12 / 30 Urgence : 06 64 44 65 80 E-mail : dr.abensemlali@gmail.com

Dr. Amine BENSEMLALI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Av. Abderrahmane Serghini  
Résidence Rawiya Mohammedia  
Tél : 05 23 31 12 12 / 30 Urgence : 06 64 44 65 80 E-mail : dr.abensemlali@gmail.com

لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور  
Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus



• Opticienne • Optométriste

N° 000033

Ordonnance de M le Docteur : BENSEMLALI Amine

N° du Nomenclature .....

Correspondant à la prescriptions .....

LOIN  
O.D +1,50 (-3,75 à 85°)  
O.G +1,50 (-3,00 à 82°)

O.D )  
O.G ) Add : +2,75

#### FOURNITURE

Montures : Métallique  
Verres : 2 verres  
progressifs  
antireflet

Monture	<u>600 DH.</u>
Verre OD	<u>}</u>
Verre OG	<u>}</u>
	<u>1600 DH.</u>
TOTAL	<u>2200 DH.</u>

Arrêtée la présente Facture à la somme de : Deux mille  
deux cent dirhams

Mohammedia le : .....

M. ou Mme : LAMLIJI  
Abderrahim

