

## 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

- 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**  
**M22- N° 003433**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10679 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : BENAISSA HIND  
 Date de naissance : 26/01/76  
 Adresse : Habituelle  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : #1000,00.Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 01/06/2023  
 Nom et prénom du malade : BENAISSA HIND Age : .....  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
 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 la prestation des Actes
01/06/2023	ce t gratuit			Dr. Dalila SBAI DRISSI Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 091033100

## 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
	20 20 20 55 20 15T		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
H&A OPTIC sari Opticienne Optométriste Rue Ahmed EL Akkad Res. Al Cazar N° 8 - Oasis Casablanca Tél. : 05 22 99 10 50	24/06/2023					8000,00 H&A OPTIC sari Opticienne Optométriste Rue Ahmed EL Akkad Res. Al Cazar N° 8 - Oasis Casablanca Tél. : 05 22 99 10 50

# 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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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 <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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le

01/06/2023

Mme BENAÏSSA HIND

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL : OD = + 1.25 (- 0.50 à 65°)

OG = + 1.00 (- 0.25 à 100°)

VP : ODG = Add : + 1.50

EIP : 60 mm

**H&A OPTIC sarl**  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed El Akkad Rés. Al Cazar  
N° 8 - Oasis Casablanca  
Tél. : 05 22 99 10 50

**Dr. Dalila SBAI IDRISSE**  
Ophthalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص



## H & A OPTIC

Client: Mme BENAÏSSA HIND

N° Facture: FBH5732306241048

Date: 24/06/2023

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	2500.00
VERRE OD Organique PROG AR: +1.25(-0.50 à 65°) / ADD: +1.50	1	2750.00
VERRE OG Organique PROG AR: +1.00(-0.25 à 100°) / ADD: +1.50	1	2750.00
HT		6666.67
TVA 20.00%		1333.33
TTC		8000.00

La présente facture est arrêtée à la somme: HUIT MILLE DIRHAMS

**H&A OPTIC sarl**  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed El Akrad Rés. Al Cazar  
N° 8 - Oasis Casablanca  
Tel. : 05 22 99 10 50

ANGLE RUE EL AKRAD ET RUE MARTIN PÊCHEUR RESIDENCE ALCAZAR N°8 OASIS CASABLANCA

Tél: 0522 99 10 50 / N°PATENTE: 34796514 / N°IF: 50320563 / N°RC: 506837

ICE: 002846348000055 / INPE: 095029450 / Email: haoptic2021@gmail.com