

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0013847

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 747 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Mikou Abdessamad  
 Date de naissance : 2 MAI 1945  
 Adresse : Rue KAOULAL AV. IBRAHIM ATHIR  
 FES V.U.  
 Tél. : 0663 045835 Total des frais engagés : 2850,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور بطني أحمد  
 التخصص في أمراض وجراحة العيون  
 Dr. BENNANI Ahmed  
 Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
 Tél. 05 35 94 18 34  
 64 Bd Slaoui, Bureaux Palmiers N°14  
 2ème Etage Fes

Date de consultation : 04 / 07 / 2023  
 Nom et prénom du malade :oudghini khadija Age: 53  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Refractive  
 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 : FES Le : 3 / 8 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/07/21        | e                 |                       | 250 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    | IV |                                 |
|                                  | 22/02/23       | 2 verres progressifs |    | 1800w |    | 300w<br>T= 2600w DH             |
|                                  |                | 1 lentille optique   |    |       |    |                                 |
|                                  |                |                      |    |       |    |                                 |
|                                  |                |                      |    |       |    |                                 |

### 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | H                                       |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|                           | H   |  | H                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                           | 25533412  | 21433552                                 |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                           | 00000000  | 00000000                                 |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                           | D   |  | G                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                           | 00000000  | 00000000                                 |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                           | 35533411  | 11433553                                 |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                           | B   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>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

Dr. BENNANI AHMED



الدكتور بناني أحمد

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd  
Casablanca

Ex - Ophtalmologiste au CHP au Secteur Privé  
d'Al Hoceima

Membre de la société Française  
d'Ophtalmologie

- Chirurgie - Laser - Topographie

- Angiographie / OCT

IPNE : 151005154

أخصائي أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى محمد الخامس وبالقطاع الخاص  
بالحسيمة

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون  
- الجراحة - العلاج بالليزر

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- طبوغرافي القرنية

## ORDONNANCE

Fès, 14 juillet 2023

Mme OUDGHIRI KHADIJA

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
verres progressifs amincis blancs antireflets

VL :

OD = + 1.50 (- 0.25 à 65°)

OG = + 1.50 (- 0.25 à 100°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.25

THEALOSE 2 X/J X1 MOIS

Opticien DENJELLOUN  
Opticienne Optométriste  
70 Av. Saint Louis 117 Saâda - FES  
Tél : 05 35 74 84 39

أخصائي أمراض وجراحة العيون  
Dr. BENNANI Ahmed  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tél 05 35 94 18 34  
64 Bd Slaoui Bureaux Palmiers, N°14  
2ème Etage Fès

64, شارع السلاوي، مكاتب النخيل، رقم 14، الطابق الثاني، فاس

64, Bd Slaoui, Bureaux Palmiers, N° 14, 2ème Etage, Fès

Tél : 05 35 94 18 34 - 0612 12 84 40 - Urgences : 0663 65 31 74

E-mail : abennaniopht@hotmail.com





# OPTIQUE BENJELLOUN

OPTICIENNE OPTOMETRISTE  
DIPLOMEE DU CESOA - BRUXELLES

Fès, le 22/07/2023.

Client : OUDGHIRI Khadija .

## FACTURE N° 119/2023.

| Quantité    | Désignation                                 | Prix Unitaire<br>(T.T.C) | Prix Total<br>(T.T.C) |
|-------------|---|--------------------------|-----------------------|
| 02          | Verres Progressifs Organiques Antireflets . | 900,00                   | 1 800,00              |
| 01          | Monture Optique .                           | 800,00                   | 800,00                |
| TOTAL T.T.C |   |                          | 2 600,00              |

Dont T.V.A (20%)= 433,33 DH

Arrêté la Présente Facture à la somme

Deux mille six cents dirhams Toutes Taxes Comprises.

Optique BENJELLOUN  
Opticienne Optométriste  
70 Av. Saint Louis Hay Saâda I - FES  
Tél : 05 35 74 84 39