

## 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

N° W21-777103

173137

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Matricule : 5702

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENKERROUN

KHADIZA

Date de naissance :

01/01/1953

Adresse :

CASA

Tél. :

06 61 151527

Total des frais engagés : ..... Dhs

Dr. Dalila SBAI IDRISI,  
Ophtalmologiste

84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 86 86  
INPE: 09103310

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

13 JUIN 2023

Date de consultation :

BENKERROUN Khadija

Nom et prénom du malade :

Age : .....  
Lui-même

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

Enfant

Agot

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 : CASA

Le : 23/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

JM

### VOLET ADHÉRENT

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
Dar Bouazza, PARIS 17 Résidence des Grands Casablanca INPE 065043037	26/06/2023				DAR BOUAZZA PARIS 17 RÉSIDENCE DES GRANDS CASABLANCA INPE 065043037

## **RELEVE 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	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <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> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

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)

بالموج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le ..... 06 juillet 2023 .....

Mme BENKERROUM Khadija

HYE COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour pdt 3 mois

dans les deux yeux

99.00

2 x 109.00 818.00  
PHARMACEUTERIA  
61, Bd. Abderrahmane Djababid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél: 2354.49 / 98.65.18

317.00

LOT	0130523
PPC	2025 05
DHS	109,00

LOT	0120523
PPC	2025 05
DHS	109,00

LOT	0070822
PPC	2024 08
DHS	99,00

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

**CARRE OPTIQUE**

31 Residence Des Pres  
DAR BOUAZZA  
05 22 89 96 99  
ICE:003067050000005  
IF:32965709 RC 547945  
INPE 065045007

CASABLANCA 26/06/2023

FACTURE N° 00171/2023

BENKERROUM KHADIJA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 Montures OPTIQUE	1 200.00
2 Verres OG 1.5 AR	1 500.00

Dont TVA (20%)

540.00

**TOTAL TTC****2 700.00**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**Deux mille sept cents Dirhams**

*CARRE OPTIQUE  
SARL AU  
Dar Bouazza, Parc Errahma Magasin  
31 Résidence des Prés - Casablanca  
INPE: 065046007*

*P'te envoi*

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

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 .....

06/07/2023

## Compte rendu d'examen

**BENKERROUM Khadija 70 ans**

SF : Chambre antérieure étroite ,

**Sous anesthésie topique**

Pose de verre de gonioscopie

**OD :**

Angle irido cornéen AIC étroit mais ouvert sur tous les quadrants

**OG :**

Angle irido cornéen AIC étroit mais ouvert sur tous les quadrants

Dr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophtalmologiste  
84 Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

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 ..... 13 juin 2023.....

Mme BENKERROUM Khadija

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL : OD = + 0.75 (- 1.25 à 75°)

OG = Plan (- 1.25 à 87°)

VP : ODG = Add : + 2.50

EIP : 63.5 mm



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

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص