

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

l'adhérent doit être dûment renseigné.  
au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-812695

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9403			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAM 139805
Nom & Prénom : BENLEMILH YASSINE			
Date de naissance : 17/01/1973			
Adresse : LOT CENTRAL PARK N° 16 Bouskoura			
Tél. : 06 63 60 8 602	Total des frais engagés : 1300 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Docteur Yasser BENSALAR, spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N° 12 - Casablanca Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 25/12/2023	
Nom et prénom du malade : Benlemlih lilya	Age: 18 ans
Lien de parenté : Conjoint	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Correction optique	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 08 JAN 2024	
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  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : 25/12/2023

VOLET A	MIAMI
Déclaration de maladie	
Remplissez ce formulaire. Il sera nécessaire de joindre une réclamation ultérieure.	
Coupon à consigner	

## **RELEVE 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
25/12/2023	C.S		300,00	INP 091181040 Docteur Kasser BENSALAH Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N° 12 Casablanca
26/12/2023				tel: 0522 23 42 92 - GSM: 0625 25 11 25

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
VOTRE VISITEUR <del>IRMAINE BERNARDIN</del>	29.12. 2023	Mentale + 2 vertes Gutters				Total = 1000,00

VOLET ADHÉRÉ

éiture de tous

## **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'ODR.

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

# Votre Vision

Opticienne Optométriste  
Tél. : 212(0)5.22.23.05.45

Facture N° 003716

casablanca, le 27.12.2023

Client : BENLEMILH LILYA

sous ordonnance du Dr :

YASSER BENSALAH

Designation	Prix	N° Nomenclature
Monture	500,00 Dhs	
INOC Stérile Antireflets	250,00 Dhs	407
INOC Stérile Antireflets	250,00 Dhs	407
OD: (157 - 0,25) - 0,25		
OS: (20 - 0,25) plan		
TOTAL	1000,00 Dhs	

Arretée La présente Facture a La somme de :

Mille Dirhams

VOTRE VISION  
IMANE BENLEMILH  
Opticienne Optométriste  
N° 00015534000000  
216571 - Patente : 35872505 - CNSS : 872890027



**Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des Yeux**

**Ophtalmologiste**

**اختصاصي في أمراض  
وجراحة العيون**

**Ancien médecin des hôpitaux de Paris**

**طبيب سابق بمستشفيات باريس**

**Ancien médecin de l'hôpital militaire  
d'instruction Mohammed V de Rabat**

**طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس بالرباط**

**Agréé pour le permis de conduire**

**معتمد لرخصة السيارة**

**25 décembre  
2023**

**Mlle BENLEMLIH Lilya**

**Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue**

**Vision de loin :**

**OD = - 0.25 (- 0.25 à 157°)**

**OG = Plan (- 0.75 à 20°)**

Dr. Yasser BENSALAH  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
22, Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> Etage  
Bureau N°12 - Casablanca  
Tél.: 0522 23 42 92 - GSM: 06 25 25 11 25  
E-mail : bensalahy@yahoo.fr

Docteur Yasser BENSALAH  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
22, Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> Etage  
Bureau N°12 - Casablanca  
Tél.: 0522 23 42 92 - GSM: 06 25 25 11 25

**شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء**

**22, Bd. Yacoub El ansour - 1<sup>er</sup> Etage - Bureau N°12 - Casablanca  
Tél.: 05 22 23 42 92 - GSM : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr**