

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Éducation :
 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

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° P19-0025698
 ND: 36312

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06498 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LATIFNE MUSTAFA

Date de naissance : 01/01/1961

Adresse : JAMILA 4ème Etage N°30 Casablanca

Tél. : 0661415358 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 MAI 2020

Nom et prénom du malade : LATIFNE MUSTAFA 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 : Casablanca Le : 12/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
13 MAI 2020	ls + fond d'oeil (K10)	-	400,00	Dr. BENNANI MED AMINE OPHTHALMOLOGIE 7, RUE IBRAHIM BAREK RACINE CASABLANCA 0522 36 20 00 / 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/5/2020	83,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

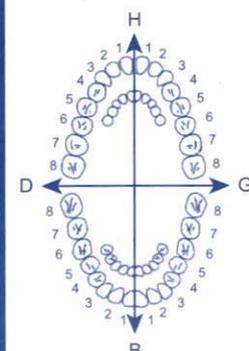
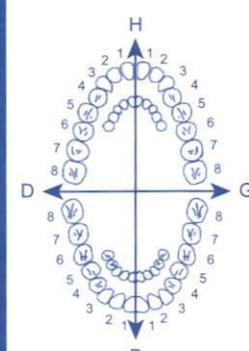
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>DATE DU DEVIS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>					<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
	H																																					
	25533412	21433552																																				
	00000000	00000000																																				
	D																																					
00000000	00000000																																					
35533411	11433553																																					
B																																						
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																			
			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

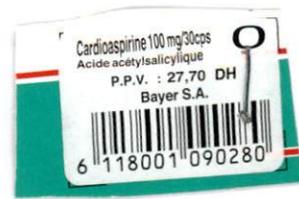
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed Amine BENNANI

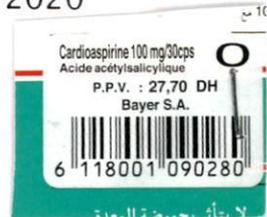
OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*



Casablanca, le mercredi 13 mai 2020



Patient : Monsieur LATIFI Mustafa



CARDIO-ASPIRINE 100/ 1 comprimé le soir

(27,70 x 3)



T: 83,20

Dr. BENNANI MED AMINE
OPHTALMOLOGIE
7/ RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
0522 36 20 00 / 02

2

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologist

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



LASER VISION

الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 13 MAI 2020

Patient : Monsieur Mustafa LATIFI

BILAN CARDIO-VASCULAIRE – HOLTER TENSIONNEL

PATIENT MONOPHTALME PRESENTANT AU FOND D'OEIL UN ARBRE VASCULAIRE

EVOQUANT UNE HTA ? CHRONIQUE // PRESENCE DE CONFLITS ARTERIO-VEINEUX
AVEC RISQUE VASCULAIRE /

JE LUI RECOMMANDE AVEC VOTRE CONSENTEMENT LA PRISE DE CARDIOASPIRINE
DE FACON REGULIERE

7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca 0522 56 20 00 /02
•Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

Dr. BENNANI MED AMINE
OPHTHALMOLOGIE
7, RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
0522 56 20 00 /02