

## 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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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 utiles

contact@mupras.com  
ge : pec@mupras.com  
angement de statut : adhesion@mupras.com

Texte de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
ablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-504107

38597

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07384

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENNIMIA Karim

Date de naissance : 21/05/1962

Adresse : 114 Rue ALTAHANE ABBAY CASA

Tél. : 0661345563

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 JAN. 2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 10/01/20

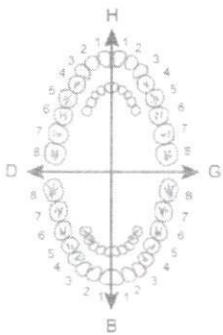
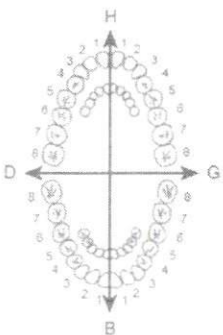
Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 10 JAN 2020                    |                   | 2150                  | 300,00                          | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |

| 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 Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
| Important :<br>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             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         | FIN D'EXECUTION [ ]                           |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 colspan="2">D — 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 [ ] |
|                                                                                                                             | 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 [ ]                        |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         | DATE DU DEVIS [ ]                             |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  | DATE DE L'EXECUTION [ ] |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |  |                             |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Mohamed GUESSOUS

## Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Lyon (France)  
Ancien Attaché des Hôpitaux Militaires du Maroc  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Maladies et Microchirurgies des Yeux  
Chirurgie de la cataracte par phacoemulsification  
Laser Argon et yag - Explorations Oculaires  
Lentilles de Contact - Chirurgie de la Myopie au Laser

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE AUPRES DES TRIBUNAUX

# الدكتور محمد غسوس

## إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بليون ( فرنسا )  
ملحق سابقا بمستشفيات بليون  
إختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب  
عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون

أمراض وجراحة العيون  
جراحة الجلالة بالليزر  
أشعة الليزر - تحاليل العين  
العدسات اللاصقة - جراحة البصر بالليزر

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca le ..... 10-01-2020 ..... الدار البيضاء

Mr Melle Mme Enfant:

RABINE SOUD

Age :

### A. Prescription de Verres

Organiques ☒ Progressifs ☐ Blancs ☐ Avec Monture  
Minéraux ☐ Bifocaux ☐ Photochromiques ☐  
Amincis ☒ Unifocaux ☐ Teintés ☐  
2 Montures Separées ☐ Traités Anti-reflet ☒

Vision de Loin

Oeil Droit:

100° - 1.75

Oeil Gauche:

8° - 2.00

Vision de Près

Oeil Droit:

Oeil Gauche:

### B. Instiller aux 2 yeux

Dr. GUESSOUS Mohamed  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Expert Assermenté près des Tribunaux  
5 Rue Ibn Nafiss Casablanca  
Tel : 0522 98 15 81 Fax : 0522 98 15 81 Urgences : 0661 18 75 42

إقامة بن عمر - زنقة ابن نفيس - عمارة ب المعاريف - الدار البيضاء

Résidence Ben Omar - 5.Rue Ibnou Nafiss - Porte «B» - Maârif - Casablanca

Tel.: 0522 98 15 81 : الهاتف : 0522.98.15.81 : الفاكس : Urgences : 0661.18.75.42 : المستعجلات :

0522 99 44 77

Email: dr.guessous@hotmail.com