

## 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 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 Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-415036

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENAISSA Ahmed

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : hab.tnelle

Tél : 06 71 92 70 04

Total des frais engagés : 4759 Dhs

16 SEP. 2020

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 SEP 2020

Nom et prénom du malade : Benaiissa Ahmed

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Connection optique

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 : 15/09/2020

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
03 SEPT 2020			250	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] E: 091174706 1638886000023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ROBER OPTIQUE MAROC</b> <b>LUNETIER OPTICIEN SARL</b> Boulevard 11 Janvier 27 86 53 - Casablanca	24/03/2020	4500,00

[illegible]

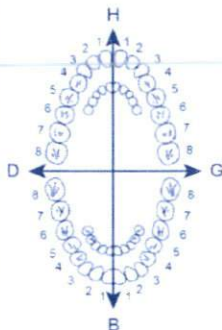
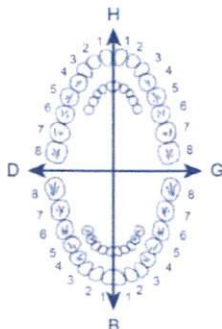
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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 : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            30000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           30000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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



Bd. 11 Janvier N° 1  
Tél/Fax : 05 22 27 86 53  
Casablanca

رقم 1 شارع 11 يناير

تليفاكس : 05 22 27 86 53

الدار البيضاء

FACTURE N° 000280

Casablanca, le 14/09/2020

M

BENAÏSSA

Ahmed

Doit

N° de Nomenclature correspondant à la prescription du Docteur	Vision de loin O.D. O.G.	Vision de près O.D. O.G.	Double foyer O.D. O.G.	Supplément
--	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------

## FOURNITURES :

1) Montures plastique

900,00

2) Verres progressif organique Bleu UV 70 p

a) (95° - 175°) + 1,75

3600,00

a) (90° - 150°) + 1,25

b) + 2,50

TOTAL

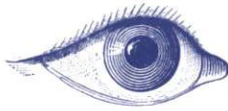
4500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

quatre mille cinq cent Dhs

ROBERT OPTIQUE MAROC  
LUNETIER OPTICIEN SARL  
1, Boulevard 11 Janvier  
Tél: 05 22 27 86 53 - Casablanca  
TVA n° 10522186000025

Docteur N. RIAH



الدكتورة ن. رياح

Ophthalmologiste (Adultes et Enfants)

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca  
Ancienne Interne du CHU de Pointe à Pitre, France

Ancienne résidente à l'Hôpital 20 Août

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca  
et de l'Université des Antilles-Guyane (France)

إختصاصية في الطب و جراحة العيون (صفار و كبار)

داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي

بوانت أيت - فرنسا

طبيبة مقيمة سابقة بمستشفى 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء وجامعة بفرنسا

Casablanca, le :

DR. N. RIAH  
Ophthalmologiste  
Rés. Habiba, N°78, 2ème Etage  
Bd. Haj Fatch - El Oulfa - Casablanca

ROBER OPTIQUE MAROC  
LUNETTER OPTICIER SARL  
1, Boulevard 11 Janvier  
Tel: 05 22 97 86 53 - Casablanca

Lunettes de correction

Optique ML + VPC Chromat  
monture progressive anti-ultra-  
violet + filtre bleu ++

ML } = + 1,75 (- 1,75 à 90°)  
EG = + 1,25 (- 1,50 à 90°)

UR = + 2,50 D additifs de  
l'âge à passer en bon (étape)

إقامة حبيبة, رقم 78, الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء

Résidence Habiba, Numéro 78, 2ème étage, Boulevard El haj fatch - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 13 49