

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-416182

40853

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05354

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUIBAI Fouad

Date de naissance :

08.05.1959

Adresse :

Tél. : 0561664847

Total des frais engagés : 1662,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Date de consultation :

13/08/2020

Nom et prénom du malade :

Chouibai Fouad

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Appelation Due Pour ACCUEIL

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 :

Le : 13/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/8/090 C2			300,00	INP 09/10/2015 Hamed BENNANI Généraliste Blanca 6222

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien PHARMACEUTIQUE DU Fournisseur	Date	Docteur N. Ophthal. Montant de la Facture 54, Bd Rachidi 1052 Tél.: 0522 220 22 / 0522
S 312 Lot Zoubir Casablanca Tél. 05 22 89 34 0	13/08/2020	1362,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
10-10-2018			

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	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 PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">G</td> <td style="width: 50%;">B</td> </tr> </table>				H	25533412   21433552	00000000	00000000	D		35533411   11433553		G	B
	H	25533412   21433552												
	00000000	00000000												
	D													
	35533411   11433553													
	G	B												
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

Casablanca, le 13 août 2020

Mr. CHOUBAI Fouad

COSOPT 164,30 × 3 = 492,60

1 goutte, 2 fois par jour, œil gauche, 6 mois

TRAVATAN 230 × 3 = 690,00

1 goutte, le soir, œil gauche, 6 mois

OXYAL 60,00 × 3 = 180,00

1 goutte, 4 FOIS PAR JOUR EN CAS DE GENE 6 MOIS

T = 1362,60



Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22

54. شارع الراشيدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس : 05.22.22.73.22

ICE 001709416000017



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV

PPV : 230 DHS

406151

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT T009742 1

EXP 12 2021

PPV 164.20 DH

6

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



LOT T009742 1

EXP 12 2021

PPV 164.20 DH



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV

PPV : 230 DHS

406151

LOT T009742 1  
EXP 12 2021  
PPV 164.20 DH



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV

PPV : 230 DHS

406151

RIMA PHARMA  
PVC : 60,00

RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
60.00 DH

RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
60.00 DH



4 030571 005018



4 030571 005018

**Docteur Mohamed BENNANI**  
Ophtalmologiste  
**Chirurgie vitréo - rétinienne**  
Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني  
طب العيون  
أمراض وجراحة الشبكة  
داخلي سابق بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le jeudi 13 août 2020

**HONORAIRES :**  
Mr. CHOUBAI Fouad

**Acte :** Consultation : C2.

**Montant :** 300 DHS ( TROIS CENTS DHS ).

DOCTEUR Mohamed Bennani

*Docteur Mohamed BENNANI*  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22  
54. شارع الراشيدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس :  
ICE 001709416000017