

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

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- 0011216

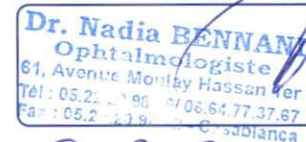
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

NOM ACHIR ABDELGHAN Société : RAM
 Matricule 2114 Date de naissance : 11/1/1953
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Adresse 13 RUE MOUSSA AL AYOUBI BOURBOURGUE CASA
 Tél : 06 78 99 00 25 Total des frais engagés : 400 DH + 120 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/09/2020
 Nom et prénom du malade : Mme BOUHSSINE Ep. ACHIR Age : 58
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint Zahra ☐ 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 : CASA Le : 01/10/2020
 Signature de l'adhérent(e) : Achir

VOLET ADHERENT

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
15/09/2020	C _s + K ₂₀ + F.O		= 400 DA	

15/09/2020 $C_5 + K_{20} + F.D$ = 900 DA =

Dr. Nadir BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Mohammed VI
Tél : 05 22 20 98 62 - 06 64 77 37 67
Fax : 05 22 20 98 62 - Casablanca

[illegible]

 <p> LAUNZAVIA 10000 de Bourgogne - Côte d'Or Tel: 05 22 27 35 62 01098 - ICE: 001654187000 NPE 092004639 </p>	14/09/20	120100
--	----------	--------

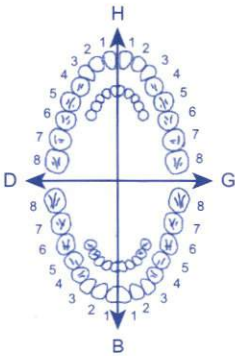
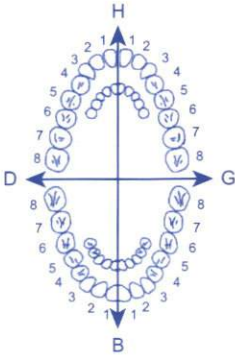
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

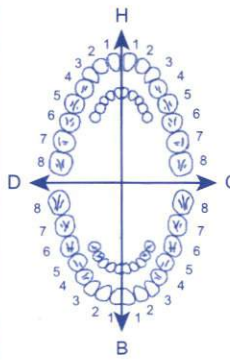
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

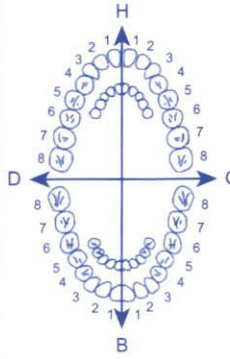
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D ————— G</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	[Création, remont, adjonction]					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia BENNANI

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خريجة كلية الطب بباريس
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le15 septembre 2020.....

Mme BOUHSINE EP ACHIR Zahra

OXYAL

60,00 x 2 = 120,00



1 goutte 2 - 4 fois par jour, dans les deux yeux
2 flacons



Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522.27.35.82
TP 35601098 - ICE: 00165418700001
INPE 092004639

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél: 05.22.20.98.59 / 06.64.77.37.67
Fax: 05.22.20.98.62 - Casablanca

Casablanca, le 15/09/20

NATURE DU CS +K20 + FO & NOTE D'HONORAIRES

❖ Nom du patient: Mme BOUHSINE ep ACHIR Zahra

❖ Date de naissance: 01/01/1982

❖ Date de l'examen: 15/09/2020

❖ Acte coté **CS + K20 + FO**

- Réfractométrie automatique
- Mesure de l'acuité visuelle
- Examen bio microscopique
- Mesure de la pression intra oculaire au tonomètre à air pulsé
- Instillation de cycloplégiques
- Examen du **fond d'œil**

❖ **Compte rendu:** patiente diabétique non-
insulino traitée (2019)

F.O. : pas de signes de rétinopathie
diabétique, contrôle annuel.

❖ Montant des honoraires: **quatre cents dirhams (400 DH)**

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél : 05.22.20.98.59 / 06.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.63 Casablanca

61, Bd Moulay Hassan 1^{er} – CASABLANCA
Tél. : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67 diana.bennani@gmail.com