

# 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° S19-0002323

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **21/02/11**

Matricule : **0011257** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BEN SOLTANA Rachid** Date de naissance : **22/11/1979**

Adresse : **19 Abou Tual**

Tél. : **06 67 59 21 32** Total des frais engagés : **702** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur Diaa LAHBIL**  
Spécialiste Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
62, Bd. Mouad Bnou Jabal - 2ème Etage  
Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 0522 750 750

Date de consultation : **04/02/11**

Nom et prénom du malade : **BEN SOLTANA Rachid**

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

Nature de la maladie : **ALD**

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 : **06/03/2011**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



# 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
04/10/20	consulte	1		<i>Dr. Mouad Bnou Jabal</i>

**Dr. Mouad Bnou Jabal**  
 Spécialiste Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
 62, Bd. Mouad Bnou Jabal - 2ème Etage  
 92000 Boulogne-Billancourt - Tél. 01 47 70 75 70

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INPE 092053263</i>	04-10-20	70,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

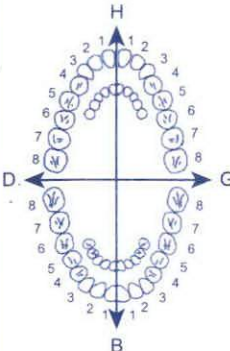
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

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

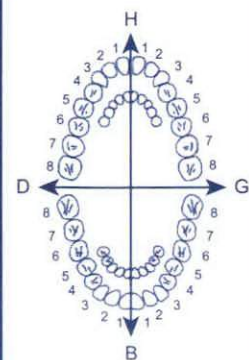
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

# (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Professeur Diaa LAHBIL

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE ADULTE ET PEDIATRIQUE

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nantes - France

Chirurgie de la cataracte par phaco

DIU Chirurgie réfractive

Chirurgie du glaucome

AFS Strabologie

Angiographie - Laser - DIU Contactologie



## الأستاذة. ضياء لهبيل

أخصائية في طب وجراحة العيون للكبار والأطفال

أستاذة مبرزة بكلية الطب بالدار البيضاء

خريجة كلية الطب بنانت - فرنسا

جراحة الجلالة بالليزر

جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة ارتفاع الضغط

جراحة الحول

تصوير الشبكية - الليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, le ..... 04 Février 2020 ..... الدار البيضاء

**Mr. BEN SOLTANA RACHID**

GANFORT: COLLYRE



3 x 234 DH

1 goutte par jour le soir , les deux yeux, 3 Mois

= 702 DH



**Professeur Diaa LAHBIL**  
Spécialiste Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
62, Bd. Mouad Bnou Jabal - 2ème Etage  
Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 0522 750 750

62, شارع معاذ بن جبل - الطابق الثاني - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 750 750

62, Bd. Mouad Bnou Jabal - 2ème Etage - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél : 0522 750 750

Urgences : 06 61 23 41 06 - E-mail : dlahbil@gmail.com



GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV : 234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV : 234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ