

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

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.

N° M21- 0057114

Optique *1109794* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *21166* Société : *Royal Air Maroc*

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : *Mr SOUSSI Saïda*

Date de naissance : *1954*

Adresse : *39 Avenue Ain el Moudi, les Royle EL JARRAH*

ET2 Bourgogne CASABLANCA

Tél. : *0668929004* Total des frais engagés : *1325,70 + 86,44 €* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophthalmologiste
47, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 58

Cachet du médecin : *23 MAI 2022*

Date de consultation : *23 MAI 2022* Nom et prénom du malade : *Mr. Soussi SAÏDA* Age : *67 ans*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Glaucose*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *21 JUIN 2022*

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 *21/06/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *Mr. Soussi SAÏDA*

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
3 MAI 2022		0	3000	Dr. BENMOUNA Nabil Ophthalmologist 17, Avenue Hassan II Casablanca 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/5/22	1625,70

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
		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.

Important :

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

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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'EXÉCUTION

Dr Bennouna Mohamed

OPHTHALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris
Maladies des Yeux
Chirurgie Oculaire et Orbite-Palpébrale
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين والجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 23 mai 2022

Mme SOUSSI Saida

149,90x3

OCULARM PAN: COLLYRE

[Qte : 3]



1 goutte 6 x/j

158,03
CATIONORM: COLLYRE [Qte : 3]

1 goutte x 6/j ou plus

34x3 LIPOSIC GEL

[Qte : 3]

1 goutte /j, le soir au coucher



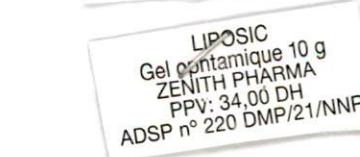
Traitements pendant : 3 Mois , dans les deux yeux

1025,70

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
47, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél. 0522 22 87 96 / 0522 48 13 58

الحالات المستعجلة : 05 22 25 71 71

شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء
47, AV. Hassan II, 1er étage - Casablanca
الفاكس : 05 22 22 87 96 / 05 22 47 32 60 - الهاتف : 05 22 47 32 58
TRAM : Station Place M^{ed} V
E-mail : bennouna.oph@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85



Dr Bennouna Mohamed

OPHTHALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris

Maladies des Yeux

Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale

Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض العيون

جراحة العين والجفن

جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 23 mai 2022

Mme SOUSSI Saida

Formes officielles Coll. N°6

1 pt + 4/

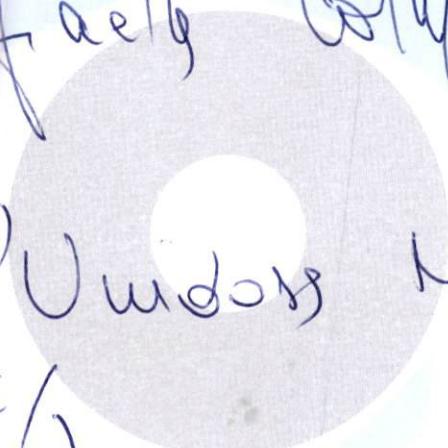
A (teloc

1 pt + 4/

V, b, Jules pt N°6

1 app x2/

DG & fix murs



Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophthalmologiste
47, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél.: 05 22 28 96 / 05 22 48 13 58

الحالات المستعجلة : 05 22 25 71 71

شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

الفاكس : 05 22 22 87 96 / 05 22 47 32 60 - الهاتف : 05 22 47 32 60 - Fax : 05 22 47 32 60

TRAM : Station Place M^{ed} V

l-benouna@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85



PHARMACIE BOUCICAUT SELARL
M. DELATTRE ET MME PHILIPPOT
45 Avenue Felix Faure
75015 PARIS

Identifiant : 75 2 04251 5

Tél. : 0145584589

Email : pharmacieboucicaut75015@gmail.com

SOUSSI Saida
00000 Adresse inconnue

Banque : LCL

IBAN : FR2430002004760000431438W16

Justificatif de vente n° 332421 du 21 mai 2022

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400934035890	ARTELAC 1,6MG/0,5ML COL UNIDOSE 60	2,10	5,50	3	16,50
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	3	3,06
3400933696511	LARMES ARTIF 1,4% MARTINET 10ML	2,10	1,35	11	14,85
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	11	11,22
3400931134435	VIT A DULCIS POM OPHT TUB 10G	2,10	4,30	5	21,50
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	5	5,10

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	70,74	1,49	72,23
Total	70,74	1,49	72,23

Part Principale €		Part Assuré €	72,23
Part Complémentaire €			

Net à payer 72,23 euros

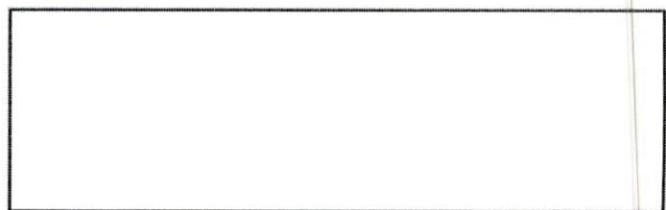


PHARMACIE BOUCICAUT SELARL
M. DELATTRE ET MME PHILIPPOT
45 Avenue Felix Faure
75015 PARIS

Identifiant : 75 2 04251 5

Tél. : 0145584589

Email : pharmacieboucicaut75015@gmail.com



Banque : LCL

IBAN : FR2430002004760000431438W16

Justificatif de vente n° 332123 du 20 mai 2022

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400934035890	ARTELAC 1,6MG/0,5ML COL UNIDOSE 60	2,10	5,50	1	5,50
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	1	1,02
3400933696511	LARMES ARTIF 1,4% MARTINET 10ML	2,10	1,35	1	1,35
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	1	1,02
3400931134435	VIT A DULCIS POM OPHT TUB 10G	2,10	4,30	1	4,30
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	1	1,02

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	13,92	0,29	14,21
Total	13,92	0,29	14,21

Part Principale €		Part Assuré €	14,21
Part Complémentaire €			

Net à payer 14,21 euros