

## 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

- 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° M21- 0057884

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2035 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Belkhalil Mario  
Date de naissance : 1943  
Adresse : 131 Rue Lachache Résid Dior El Hahnd Wlay Salam  
C 954  
Tél. : 066 128 687 Total des frais engagés : 809,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Professeur Ouaïd BENCHEROUN  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca  
Tél/Fax : 0522 36 37 08  
Urgence : 0662 55 19 36  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Caroncule allongée  
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
29-08-22		5	3000H	Professeur Qualifié Ophtalmologiste Rés. du Palais Berghandi Casablanca Tél/Fax : 0522 36 37 08 Urgence : 0662 55 19 36

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ORDONNANCE Mme LAKHSASSI TABBAR - Louisa 13, Boulevard El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 75 51	29/8/22	509,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

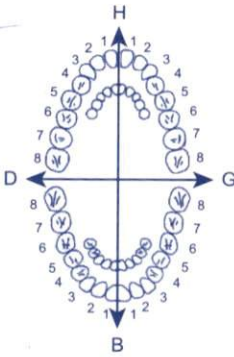
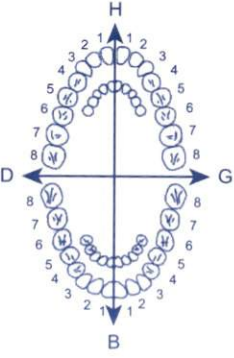
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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																	
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
- de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Chirurgie vitéro rétinienne  
Angiographie Laser  
Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشقررون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون  
جراحة الشبكية  
تخطيط أوعية الشبكية - الاليزر  
عدسات الإنصال

Casablanca, le 29-8-22 الدار البيضاء في

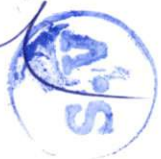
Belkhatia Maria 17015

Phylarm 1 lot x 2  
Rambol Colly  
Septte xy  
Zalerg Colly  
Septte x 2  
Eye St L Colly  
Septte x 3

PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHASSI TABBARA LATFA  
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 05 22 36 75 51



Aerios  
102.60  
le doc



صيدلية الشرق  
PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa  
213, Bd Yacoub El Manssour - Casablanca  
Tel: 0522 36 75 51

Professeur Ouass BENCHEROUN  
Ophtalmologiste  
Res. du Palais Bd Ghandi Casablanca  
Tel/Fax: 0522 36 37 08  
Urgence: 0662 55 19 36

99,00  
HER MEDIC  
PPC  
99.00 DH

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH  
6 118001 101184  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

6 118001 102495  
ZILERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,00 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

LOT: 100  
PER: MAR 2024  
PPV: 102 DH 60

PPC: 148,00 DH  
C.N.  
LOT 016 21/B  
2024/11