

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.

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° W21-772536

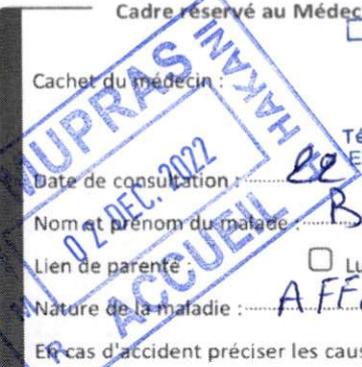
135/60/1

Maladie Dentaire Optique Autres
 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13254 Société : RATM
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : Benzekri Dounia
 Date de naissance : 27/12/1991
 Adresse : 20, Rue Abdou Salamane Rouyani
 Tél. : 06 39702882 Total des frais engagés : 1593,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

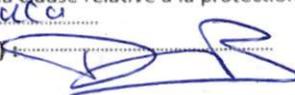
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Dr. Maryam EL IKHLOUFI
 Spécialiste en Ophtalmologie
 Maladies et Chirurgie des Yeux
 18, Avenue Stendhal - Casablanca
 Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 061288304
 Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 02/12/2022
 Nom et prénom du malade : BENZEKRI DOUNIA Age : 31
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : Casablanca Le : 07/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
22/11/2024	S		300 DH	INP : 061288304

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
	22/11/2024	393,5	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature de l'Opticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25.11.24					900,00# Dentaires

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	INP : <input type="text"/>																
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D	00000000	00000000	G																
	35533411	11433553	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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																	

Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris
Diplômée en "Surface Oculaire", Université de Brest, France
Diplômée en "Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires",
Université Paris 12, France



PT210412131011

22 novembre 2022

Mme BENZEKRI Dounia

PHYLARM



1 lavage / jour matin et soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

THEALOSE COLLYRE

1 goutte x 4 /jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Dr. Maryam EL IKHLOUFI
SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 061288304
Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris
Diplômée en "Surface Oculaire", Université de Brest, France
Diplômée en "Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires",
Université Paris 12, France



PT210412131011

22 novembre 2022

Mme BENZEKRI Dounia

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 2.50 (- 0.50 à 126°)

OG = - 2.00 (- 0.25 à 160°)



Dr Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste en Ophthalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 061288304
Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

OPTIQUE PLAZZA

Client: Mme BENZEKRI DOUNIA

CASABLANCA

FACTURE

N° : OPN° CH08-11-2022.

Casablanca , le: 29 Novembre 2022

Mutuelle: MUPRAS



DESCRIPTION	MONTANT
- Monture optique	0.00
Verres organiques unifocaux multicouches	900.00
TOTAL TTC	900.00

Arretée la présente facture à la somme de: NEUF CENTS DIRHAMS

