

# 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

- 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

M22- 0010679

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744 Société : 153324  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ☒ Pw  
Nom & Prénom : Riffi Amale  
Date de naissance : 01/01/63  
Adresse : 4, Rue Taourate Casa  
Tél. : 0661391716 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Nadia BENNANI  
Ophtalmologiste  
61, Avenue Moulay Hassan 1er, 2ème Etage  
Casablanca - E-mail : nadia.bennani@gmail.com  
Tél. : 05 22 20 98 99 / 06 64 77 37 67  
Date de consultation : 24 / 02 / 2023  
Nom et prénom du malade : Mme Riffi Amale Age : 60  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24 / 02 / 2023

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
24/07/2023	CS		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>BIEN VO S.A.R.L.</b> Amal NAFAKH ZRAQ Ep. KABBAJ 58, Bd Abdellatif Ben Kaddour 20050 Casablanca - Tél: 35500762 RC: 81961 Tel: 0522 944 888	06/03/23	facture qhague 6250 \$hs INPE = 095006920

# 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'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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

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 وجراحة العيون

Casablanca, le 24 février 2023

Mme RIFFI Amale

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

OD = Plan

OG = Plan

VP :

ODG = Add : + 2.75

BIEN VU S.A.R.L

58, Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
200 50 CASABLANCA

Tél : 022.94.48.88 / 64 - Fax: 022.36.67.53

Dr. Nadia BENNANI  
Ophtalmologiste  
61, Avenue Moulay Hassan 1er - 2ème Etage  
Casablanca - Email : diana.bennani@gmail.com  
Tél : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67





OPTICIENNE

NOM DE L'ASSURE :	MME RIFFI AMALE
PRESCRIPTEUR	DR BENNANI NADIA
DATE DE L'ORDONNANCE	24/02/2023

FACTURE N°21032023 DU 06/03/2023

NOMENCLATURE	DESIGNATION	Prix Unit. TTC (DHS)	Qté	Montant TTC (DHS)
PROGRESSIFS	MONTURE	1 250,00	1,00	1 250,00
OD	VERRE PROGRESSIF AMINCIS DURCIS ARMC DIAM 65/	2 500,00	1,00	2 500,00
OG	VERRE PROGRESSIF AMINCIS DURCIS ARMC DIAM 65/	2 500,00	1,00	2 500,00

NET A PAYER (DHS) :	6 250,00

**BIEN VU S.A.R.L.**

Amal NAFKHAZRAO Ep. KABBAJ  
58, Bd Abdellatif Ben Kaddour- 20050  
Casablanca - ICE 0000 266160 00041  
TP : 35600762 - RC: 81961  
Tél: 0522 944 888

www.bienvu.ma