

# 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° M20- 0000078

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

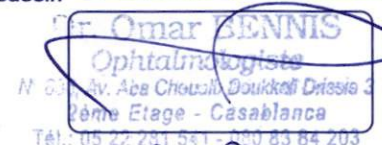
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9576 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AARIZEN Mostapha  
 Date de naissance : 18-05-1959  
 Adresse : Lotissement AL KHORZAMIA N°92  
 ouffa casa  
 Tél. : 0641 89 93 93 Total des frais engagés : 3650,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/03/2023  
 Nom et prénom du malade : AARIZEN Mostapha Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Lunette  
 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 : 12 AVR 2023 Le : 29/03/2023  
 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
29/03/2023	C		250 DA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/04/23	3400,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

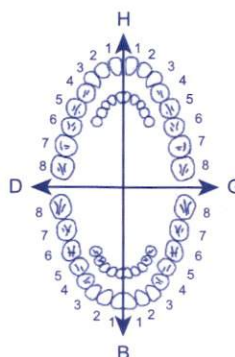
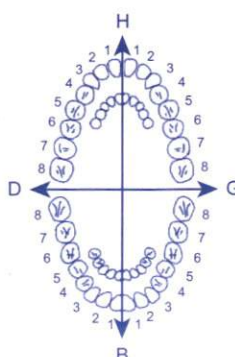
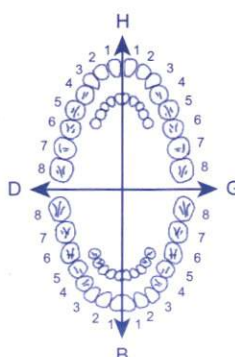
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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														
				Montants des Soins														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
																		
	<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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

404, Av. Abdellah Senhaji  
Idrissia 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 28 70 73  
Fax : 05 22 80 18 36

# KADER OPTIQUE

patente : 33664052  
C.N.S.S : 23561145  
R.C : 20 47 88

FACTURE

N° 4753

IF : 02520198  
ICE : 00182301700027  
INP : 095004081

Casablanca, le

M

AA RIZA

Nusthah

O.D. = 45-020 + 070

ADD. = 250

O.G. = +050

ADD. = 250

Ordonnance du docteur BENNIS

NRS de nomenclature  
correspondants à  
la prescription

Loïn { O.D. = -  
O.G. = -

Prés { O.D. = -  
O.G. = -

D.F. { O.D. = 502  
O.G. = 502

FOURNITURE :

Montures :

Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois mille quatre  
cent dix verres

KADER OPTIQUE  
OPTICIENNE OPTOMETRISTE  
404, Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1  
Tél : 05 22 28 70 73 - Fax : 05 22 80 18 36 - Casablanca



**Docteur Omar BENNIS**  
Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ex.Praticien à l'Hôpital 20 Août Casablanca

Chirurgie de la Cataracte  
OCT - Laser - Angiographie

INPE :



091163675

**الدكتور عمر بنيس**  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء  
جراحة المياه البيضاء  
التصوير المقطعي - الليزر - انجيوغرافي

Casablanca, le .....

le mercredi 29 mars 2023

Monsieur Mustapha AARIZA

- LUNETTES avec Verres PROGRESSIFS ( une monture ) :

OEIL DROIT : + 0,75 (-0,25 à 45°) Add 2,50

OEIL GAUCHE : +0,50 Add 2,50

Verres Organiques Blancs Amincis

Verres Traités Anti-Reflets

**KADER OPTIQUE**  
OPTICIENNE - OPTOMETRIE  
404, Av. Abdellah Benhaji Drissia 1  
Tél : 05 22 80 18 36 - Casablanca

**Dr. Omar BENNIS**  
Ophtalmologiste  
N° 836, Av. Aba Chouaib Doukkali, Drissia 3, 2ème Etage - Casablanca  
Tél : 05 22 28 15 41 - 060 93 84 17

836, شارع ابا شعيب دكالي, دريسيا 3, الطابق 2, (أمام مرجان درب سلطان) الدار البيضاء  
N° 836, Bd Aba Chouaib Doukkali, Drissia 3, 2ème Etage ( en face de Marjane Derb Sultan )  
Tél : 05 22 28 15 41 / 08 08 38 42 03 - E-mail : bennis.opht@gmail.com  
TP (Patente) : 33660018 IF : 40477949 CNSS : 9111303