

# 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

N° M21- 0057256

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2447 Société : Sam NOUVEAU  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NOUVEAU Mostafa  
 Date de naissance : 17/11/1956  
 Adresse : 103 Bd HAFATTA OULFA CASABLANCA  
 Tél. : 0671202759 Total des frais engagés : 3547,75 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 JUIN 2023  
 Nom et prénom du malade : NOUVEAU MOSTAFA Age :  
 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 : 05/06/2023  
 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
05 JUIN 2023			300,	


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/06/23	4775,00 IN. 109202992

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

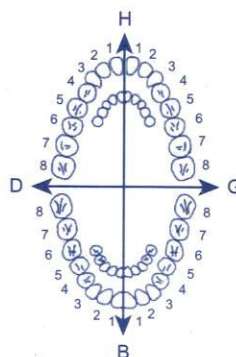
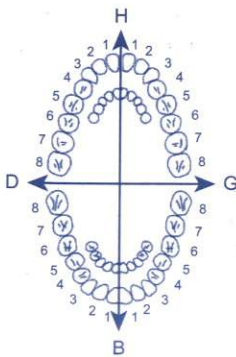
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	13.07.2023					3700,00

# 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><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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

# Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE  
Diplômé de l'Institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

## Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive  
( Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme )*

Casablanca, le lundi 5 juin 2023

ZENITH Pharma  
PPC : 47,75 DH

Sérum

Patient : Monsieur NOUFER Mostafa

SERUM PHYSIOLOGIQUE UNIDOSES 0.9% / matin et soir,

47,75



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca  
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophtalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



LASER VISION

الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie  
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 05 JUIN 2023

 Patient : **Monsieur NOUFER Mostafa**

MONTURE / VERRES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit :  $(80^\circ -0,75) + 0,50$  , Addition + 3,00

Oeil Gauche :  $(80^\circ -0,75) + 0,50$  , Addition + 3,00

LUNETTES El Hanaa  
Souk Ennajd Derb Ghallef N°50  
Tél. 0522 99 27 11  
CASABLANCA



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca  
•Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophtha@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40



## نظارات الهداء

## سوق النجد درب غلف

الرقم 509

**LUNETTES El Hanaa**

الرقم 509

Patente : 34717241 ~~Souk Ennaïd Derb Ghallel~~ N°534717241 - الباتنت

Tel: ~~05 22 99 77 00~~

CASABLA

DATE: 13.07.2013

№ 018341

NOM : ..... NOYFER

PRENOM : YOSTAFI

- DOCTEUR : BENNANI No 47/701

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE 80 CYL -0.75 SPH +0.50

VL

OG : AXE 05 CYL -0.75 SPH +0.50

ADD :

OD : AXE 80 CYL 0.75 SPH +3.60

VP

OG : AXE 88 CYL -0.7 SPH +3.0

Verres  $\text{PbO} + \text{KCl} / \text{PbO} + \text{PbO}_2$

Monture *St. O. No.*

Facture Arrêtée à la somme de : Trois mille deux

Cal D'Hamm



2020

\_\_\_\_\_

100

.....

Quesada

3206.00