

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

- Reclamation : 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° P19-0034512

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5258 Société : 175729

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTAYEB ZAHIA

Date de naissance : 05/05/58

Adresse : 8, Rue EL MESSAOUDI RACINE MAARIF CASABLANCA

Tél. : 06.66.40.43.59 Total des frais engagés : 1.189 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr BENNOUINA Kamal OPHTALMOLOGISTE 77, Rue Prince Moulay Abdallah CASA, Tél. : 0522 27 51 75 0522 47 08 90

Date de consultation : 11/09/2023

Nom et prénom du malade : BOUTAYEB ZAHIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : amétropie

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 : 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : B

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
11/09/23	G		300	Dr BENNOUNA Kamal OPHTALMOLOGISTE 77, Rue Prince Moulay Abdallah CASA, Tél. : 0522 27 51 78 0522 47 08 90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
LEONARDI PHARMACIE 2, Rue Nationale - Casablanca Tél: 0522 27 56 45 / 20 26 50 T. P. 33204853 - I. P. 01030735	13/09/23	# 800 # dk

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

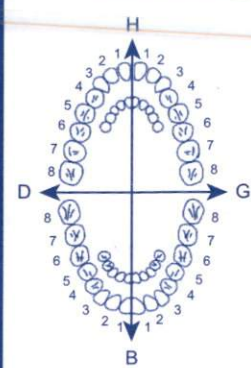
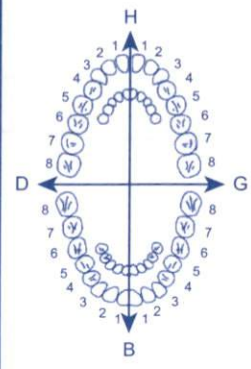
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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>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 BENNOUNA Kamal

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

MALADIES et CHIRURGIE des YEUX

CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER

ANGIOGRAPHIE - LASER

الدكتور بنونة كمال

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبيلي

جراحة قصر النظر بأشعة الليزر

11/09/2023

Casablanca Le, الدار البيضاء في

Madame BOUTAYEB Zahia

DEUX PAIRES DE LUNETTES + MONTURE

VERRES DE LOIN

Oeil Droit : + 0,25

Oeil Gauche : (170° + 0,50) + 0,25

VERRES DE PRES

Oeil Droit : + 3,25

Oeil Gauche : (170° + 0,50) + 3,25

Steripharma
PPV:89,30 dh

A utiliser avant: / Lot n°

06 / 2024

305211



LEONA... Casablanca
2, Rue Nationale - Casablanca
Tél: 0522 27 50 45 / 02650
T.P. 33204893 - F 01030735

Dr BENNOUNA Kamal
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Prince My Abdelah - Co
Tél: 0522 27 51 75 / 05 22 47 08 9

89.00
Agelastin - Comod

092037803
76, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca
Tél: 05 27 98 42 73
DR NABIL
PHARMACIE DE LA MOHAMED

77. زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع للا ياقوت) - الدار البيضاء
77, Rue Prince Moulay Abdellah (Angle Bd . Lalla Yacout) - Casablanca



05 22 27 51 75
05 22 47 08 90



FACTURE

le 13/09/23
2, Rue Nationale
CASABLANCA - MAROC
TEL : 0522 20 26 50
TEL : 0522 27 56 45
FAX : 0522 20 73 29

N° 0000662

M BOUTAYER ZAHIA Droit

	Sur Ordonnance du Dr BENNOUNA	
	Monture	
2	Verre Torique Sphérique VL Anti Reflet	400
	Orga-Minéral Ø 65 200x2	
	N° Nom 401/408	
2	Verre Torique Sphérique VP Anti Reflet	400
	Orga - Minéral Ø 65 200x2	
	N° Nom 400/407	
<p>LEONARD OPTIQUE 2, Rue Nationale - Casablanca Tél: 0522-27-5645 / 202650 T.P. 33204853 - I.F. 01030735</p>		
		800 d/b

Arrêtée la présente facture à la somme de
Huit cents Dirhams.

TVA 20 % INCLUSE

N° bancaire BMCI LALLA YACOUT N° 0100200153700123

R.C. 57261 - TVA 705534 - PAT. 33204853

INPE : 095006243 - IF N° : 01030735 - ICE : 000084324000036