

## 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**  
M23-014848

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2343 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BACHRY MOSTAFA  
 Date de naissance : 14/2/1957  
 Adresse : Cité Almassira IHB 60 RD 6 H7  
 Casablanca  
 Tél. : 06 61 18 19 89 Total des frais engagés : 39,71 Eur Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur BENAMAR Faïçal**  
 Maladies & Chirurgie des Yeux  
 23, Rue du Prince Moulay Abdellah  
 Casablanca - Tél : 022.22.05.66  
 Date de consultation : 15/01/2024  
 Nom et prénom du malade : BACHRY MOSTAFA Age : 73 ANS  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : GLAUCOME  
 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 Le : 15/01/2024  
 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
15.01.24			GRATUIT	<b>Docteur BENAMAR Faïçal</b> <b>Maladies &amp; Chirurgie des Yeux</b> <b>23, Rue du Prince Moulay Abdellah</b> <b>Casablanca - Tél: 022.22.05.66</b>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

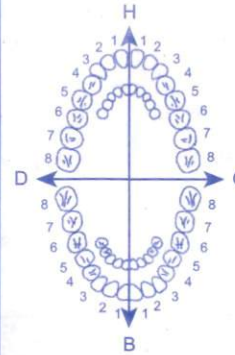
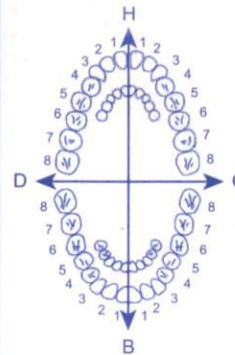
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, 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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[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



**Docteur BENAMAR Faïçal**  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

SPECIALISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE MONTPELLIER

23, Rue du Prince My Abdellah  
CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 22 05 66

**الدكتور بنعمار فيصل**

أمراض و جراحة العينين

اختصاصي

خريج كلية الطب بمنبولي

23، زنقة الأمير مولاي عبد الله  
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 05 66

Casablanca, le .....15.01.24..... في الدار البيضاء في N°.....I22599

M. BACHRY MOSTAFA

-COLLYRE MONOPROST

I goutte à 2I heures, en continu dans les deux yeux

TRAITEMENT DE 3 MOIS

**Docteur BENAMAR Faïçal**

Maladies & Chirurgie des Yeux

23, Rue du Prince Moulay Abdellah

Casablanca - Tél : 022.22.05.66



**Docteur BENAMAR Faïçal**  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

SPECIALISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE MONTPELLIER

23, Rue du Prince My Abdellah  
CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 22 05 66

**الدكتور بنعمار فيصل**

أمراض و جراحة العينين

اختصاصي

خريج كلية الطب بمنبولي

23، زنقة الأمير مولاي عبد الله  
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 05 66

Casablanca, le 15 11 23 في الدار البيضاء N° 122599

M. BACHRY MOSTAFA

-COLLYRE MONOPROST

1 goutte à 21 heures, en continu dans les deux yeux

TRAITEMENT DE 3 MOIS

**Docteur BENAMAR Faïçal**  
Maladies & Chirurgie des Yeux  
23, Rue du Prince Moulay Abdellah  
Casablanca - Tél : 022 22.05.66



PHARMACIE DE LA PLACE  
 14, place Lachambeaudie  
 75012 PARIS  
 752030775  
 Tel : 0143441233  
 INSEE:  
 hotel pullman

Fact. Num. : 539285  
 Date Fact. : 18/01/2024  
 Date Ord. : 15/11/2023  
 Medecin: MEDECIN ETRANGER X  
 Code Op: 2  
 Malade: BACHRY MOSTAFA  
 75012 PARIS

QTE DESIGNATION CIP Prix/U BaseSS HD TxSS  
 4 MONOPROST 50MG 3400926738266 8,78 - 1,02 0  
 COLLY DOSE 30 Dns: 1 Ordo: 661529 Lot: 8883  
 1 Honor. dispens. 0,51 - 0  
 HDR

MONTANT TOTAL : 39,71 MONTANT AMO : 0,00  
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 39,71  
 Ces montants s'entendent, ayant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article 122 du Code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

PHARMACIE DE LA PLACE  
 14, place Lachambeaudie  
 75012 PARIS  
 752030775  
 Tel : 0143441233  
 INSEE:  
 hotel pullman

Fact. Num. : 539285  
 Date Fact. : 18/01/2024  
 Date Ord. : 15/11/2023  
 Medecin: MEDECIN ETRANGER X  
 Code Op: 2  
 Malade: BACHRY MOSTAFA  
 75012 PARIS

QTE DESIGNATION CIP Prix/U BaseSS HD TxSS  
 3 MONOPROST 50MG 3400926738266 8,78 - 1,02 0  
 COLLY DOSE 30 Dns: 1 Ordo: 661529 Lot: 8883  
 1 Honor. dispens. 0,51 - 0  
 HDR

MONTANT TOTAL : 29,91 MONTANT AMO : 0,00  
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 29,91  
 Ces montants s'entendent, ayant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article 122 du Code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.