

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-455010

11908

|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie          | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)            |                                       |   |                                 |
| Matricule : 06850                         |                                       | Société : Royal AIR MAROC                   |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom : BenBenda MOHAMED           |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 28-04-1967            |                                       |   |                                 |
| Adresse : HABITUELLE                      |                                       |   |                                 |
| Tél. : 0668118451                         |                                       | Total des frais engagés : 300 Dhs           |                                 |

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |
| Cachet du médecin : DR. LAMITI MOKRIM Laila OPHTALMOLOGISTE Bd. Moulay Driss 1er Imm. 04 Rez de Chaussée - Casablanca Tél. : 05 22 29 60 51                       |                                   |
| Date de consultation : 12/09/19   | Age : 56                          |
| Nom et prénom du malade : Mr BenBenda MOHAMED   |                                   |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même  | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : Amétoptie  |                                   |
| 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 : 12-10-11

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-455010

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 06850  
Nom de l'adhérent(e) : BenBenda MOHAMED  
Total des frais engagés : 300 Dhs  
Date de dépôt :

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |                      |                          |                                    |  |
|--------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|--|
| Dates<br>Actes                 | Natures des<br>Actes | Nombre et<br>Coefficient | Montant détaillé<br>des Honoraires | Cachet et signature du Médecin<br>attestant le Paiement des Actes          |
| 12/9/19 C 8                    |                      |                          | 2500                               | INP : 109149 NA 36<br>M'TIRI MOKRIM Laïla<br>ITALMOLOGISTE<br>Moulay Aissa |
|                                |                      |                          |                                    |  |
|                                |                      |                          |                                    |  |
|                                |                      |                          |                                    |  |

|   |             |                              |
|---|-------------|------------------------------|
| <b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>              |             |                              |
| <b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b> | <b>Date</b> | <b>Montant de la Facture</b> |
|   |             |                              |
|   |             |                              |
|   |             |                              |
|   |             |                              |
|   |             |                              |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX   |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier                        | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|  |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
| Olivier<br>Baudouin<br>06 25 27 25 92<br>Gardouketa Boudouin | 29/12/14          |        |     |     |     | 13500.-                            |  |

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|---|---|------------------|-------------|----------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>  |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>  |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> |                  |             |                            | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 11433553 | G | 35533411 |  |
|   | H   | 25533412         | 21433552    |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   | D   | 00000000         | 00000000    |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   | B   | 00000000         | 11433553    |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   | G   | 35533411         |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/>  |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>  |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION   |   |                  |             |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |

**Dr LAMTIRI MOKRIM Laila**

SPECIALISTE  
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE  
DES YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LASER  
Ex- MAITRE ASSISTANTE  
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE CASABLANCA



**الدكتورة لمطيري مكرم ليلى**

اختصاصية  
في أمراض و جراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

أستاذة مساعدة سابقاً  
 بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le ..... **12 SEPT 2019** ..... الدار البيضاء، في

Mr BENBEDDA Med

GSM: 06 25 27 25 92 - Casablanca  
BD. Moulay Idriss 1er Imm. N°70  
OPTIQUE LE BEAU COIN

**VERRES PROGRESSIFS+ANTIREFLETS**

Oeil Droit : (75° -1,50) , Addition + 1,75

Oeil Gauche : (112° -0,50) -0,25 , Addition + 1,75

PD = 74.5 mm

LAILA MOKRIM Laila  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 51.

# Optique Le Beau Coin



RC: 335648  
ICE: 001790060000087

OPTIQUE LE BEAU COIN  
Bd. Moudibokita Bloc "J" N°70  
GSM : 0625 27 25 92 - Casa

FACTURE N° 0008539

Casablanca, le : 09/12/19

Mr : BEN BEDDA M<sup>e</sup>

|   |   |                 |      |
|---|---|-----------------|------|
| VL :  |   |                 |      |
| OD :  | (-1,50 à 75°)   |                 |      |
| OG :  | -0,25 (-0,50 à 112°)                                      | 140-            | 280- |
| VP :  | Add +1,75   |                 |      |
| OD :  |   |                 |      |
| OG :  |   |                 |      |
| Monture :                                   | Mitalique Pencé   | 700-            | 700- |
| Verres :                                    | Verres progressifs dynamiques<br>tracé bleu D'importation |                 |      |
| INPE :                                      | INP:001719172   | Total : 73500 f |      |
| Arrêtée La présente Facture à la Somme de : |   | trois Mill      |      |
|   |   | Ang Gd Lh       |      |

Bd Moudibokita ,Bloc (j) N°70 - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N° 36612797 - I.F : 50791172