

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-623597

82788

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1246 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEJMOUSSA RKIA

Date de naissance : 22/08/1980

Adresse : 246 Bd Ibnou Sina CABA

Tél. : 06.61.6065.15 Total des frais engagés : 380,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
47, Av. HASSAN II CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

Date de consultation : 02/09/2021

Nom et prénom du malade : BEJMOUSSA RKIA Age :

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

Nature de la maladie : Asthénopie

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CABA Le : 02/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
24/08/2021	Ch		3000 AL	

INP: 091027201

03 10 27 20 1

Dr. BENNOUA Mohamed
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
17, Av. HASSAN II CASABLANCA
05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 5

Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE MASJID C.L.T. DR. Sonia Aboumerouane 23 Lotissement du Smid 47 Fesaidin C.L.T - Cas 161 - 0522 39 88 73	2021 09 20	2900

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

[illegible]

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 canauxaires, ainsi que le bilan d																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
					MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>													
						DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
	<table border="1" style="margin: auto; font-size: small;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"> </td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000			00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
					DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>													

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
					INP :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX											
					MONTANTS DES SOINS											
					DEBUT D'EXECUTION											
					FIN D'EXECUTION											

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

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'EXE

Dr Bennouna Mohamed

OPHTALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris
Maladies des Yeux
Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس
إختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين و الجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 02 septembre 2021

Mlle BENMOUSSA RKIA

80,10
CORRECTOL: collyre N°4



20,80 x 4

2 gouttes dans chaque oeil, en début de matinée & fin d'après-midi (
par ex: vers 8h et 18h) voire plus si fatigue visuelle, tous les jours,
pendant 2 mois.

79 80,10
PHARMACIE MASSID C.I.L.
Dr. Sonia ABOUMEROUANE
N°22, Lotissement du Stade
Hay Essad, C.I.L - Casa
Tél: 05 22 39 88 73

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
47, Av. HASSAN II CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

En cas d'urgence : 05 22 25 71 71 : الحالات المستعجلة

47, Av. Hassan II, 1er étage - Casablana شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 : الهاتف - Fax : 05 22 47 32 60 : الفاكس

TRAM : Station Place M^{ed} V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85

E10140B00

LOT 241004

EX5 00 2024

PPV 20 00

20,00

سوطيما
Sothema

Titulaire d'AMM/ Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine

phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml

كركتول® 0,1%

قطرات للعين

إينوزين فوسفات ثنائي الصوديوم ثنائي المائي

قارورة من سعة 10 ملل

Correctol® 0,1%

Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 62 DMP/21/NRG



6 118000 020301

Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine

phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml

E10140B00

LOT 241004

EX5 00 2024

PPV 20 00

20,00

سوطيما
Sothema

Titulaire d'AMM/ Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine

phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml

كركتول® 0,1%

قطرات للعين

إينوزين فوسفات ثنائي الصوديوم ثنائي المائي

قارورة من سعة 10 ملل

Correctol® 0,1%

Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 62 DMP/21/NRG



6 118000 020301

Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine

phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml

E10140B00

LOT 241004

EX5 00 2024

PPV 20 00

20,00

سوطيما
Sothema

Titulaire d'AMM/ Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine

phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml

كركتول® 0,1%

قطرات للعين

إينوزين فوسفات ثنائي الصوديوم ثنائي المائي

قارورة من سعة 10 ملل

Correctol® 0,1%

Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 62 DMP/21/NRG



6 118000 020301

Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine

phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml

E10140B00

LOT 241004

EX5 00 2024

PPV 20 00

20,00

سوطيما
Sothema

Titulaire d'AMM/ Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine

phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml

كركتول® 0,1%

قطرات للعين

إينوزين فوسفات ثنائي الصوديوم ثنائي المائي

قارورة من سعة 10 ملل

Correctol® 0,1%

Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 62 DMP/21/NRG



6 118000 020301

Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine

phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml