

# 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.

N° W19-413278

C

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12481		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENOMAR RABIE		
Date de naissance : 02/01/1987		
Adresse : Bd Ibn Tachfine JHM AL MAJD 1 EFC C etg 3 Apt 12 Casablanca		
Tél. : 0675744238 Total des frais engagés : ..... Dhs		

Dr. Mohamed EL-HOUARI  
PEDIATRE  
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca  
Tel: 05 22 99 57 38 - 05 22 99 57 39

Cachet du médecin :	<i>Benomar Rabie 24/10/16</i>		
Date de consultation :	30 SEP. 2018		
Nom et prénom du malade :	<i>Benomar Rabie 24/10/16</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>OTC + Douleurs abdominales</i>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>inhalation</i>			
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 07/10/19  
Signature de l'adhérent(e) : *Allal Ben Abdellah*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie	N° W19-413278
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).	

RELEVE 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
30 SEP. 2018	O 1 2	309.00	Dr. Mohamed EL-HOUARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 13, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca Tel: 05 22 99 57 38 - 05 22 99 57 39	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/09/19	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### VIOLET ADHERENT

\* 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> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
				<b>INP :</b> <input type="text"/>														
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 | adhésion@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 M

N° W19-452700

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

9403

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN LEMLIH YASSINE

Date de naissance :

17/01/73

Adresse :

LOT CENTRAL PARK N°16 BOUSKOURA

Tél. :

06 63 608 602

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fouad, n°10, 1er Etage  
Maârif Extension 20370 - Casablanca  
Tél. : 05 22 23 55 51 / 05 22 23 55 49

Date de consultation :

09/09/2010 OCT 2010

Nom et prénom du malade :

YASSINE BEN LEMLIH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Améthyste (Presbytie)

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
catégorie 13 CDS			250 DS	INPE: 001650380000085 Dr. CHRISTIANE CHA SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 10 Rue M. Fouquet n° 10 1er étage

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Vision Opticienne Optionnelle 14 Bd Yacoub El MANSOUR Maârif Casablanca MAROC Tél 0372 23 05 45	16.09 2019			MONTURE 2 verres corne de vache		TOTAL = 3300Dhs

## **RELEVE 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	INP : <input type="text"/>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433552</td> </tr> </table> <b>B</b> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<b>D</b>	<b>G</b>														
00000000	00000000														
35533411	11433552														
				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 Mohamed El HOUARI

SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE

MEDECINE DE PARIS

PEDIATRE

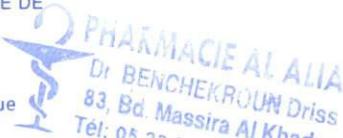
Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Francise

de Pédiatrie

SUR RENDEZ-VOUS



Dr BENCHEKROUN Driss  
83, Bd. Massira Al Khadra  
Tel: 05 22 23 79 28 - Casab.

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريز

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم و بحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد

30 SEP. 2019

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

176°

9.2

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Orkén 100mg/5ml  
gr fl 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
Barcode: 6 118001 080052

60°

Bewo Nor Nulak

- Vegaleine forte

20 goutte 10 Minutes

avant chaque repas si

vomissements

Drohey 100

Dose à 15 kg mat et fin

5 Jours

dates fermees

1 ampoule

mat et fin 10

Li'awhee'

75 شارع المسيرة الخضراء - الدار البيضاء الهاتف : العيادة : 0522 99 57 38 / 0522 99 57 39

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

166°

~~200~~

Visceralgine Sirs

100 capsules unité

pk fair & d'auvergne

213.5

16.90

Absorbante

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Dr. Mohamed  
Spécialiste diététiste de la Forme de Paris  
75, Bd A. Massira Al Khadra-Casablanca  
Tel: 05 22 99 57 38 - 05 22 99 57 39



PHARMACIE AL ALIA  
Dr BENCHERJOUN Driss  
83, Bd Massira Al Khadra  
Tél: 05 22 23 79 28 - CASA



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقًا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة - جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le .....

09/09/2019

Mr BENIEMIH YASSINE :

Usus d. Dr + Mme

- ODT = +1,50 ·

- OCT = +1,50 ·

et A bientôt

Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE /  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage  
Maârif Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 50 - Fax: 05 22 23 55 49

زنقة الفرات - الطابق الأول. رقم 10 - المعاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1er étage, N°10, Maarif extension, 20370 - Casablanca

05 22 23 55 59/49 05 22 23 55 49

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire



- اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة - جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاطعام شهادة الخبرة على السياقة

Casablanca, le .....

09/09/2018

M. BENJEMIAN YASSINE

Uma Profss.P + Umhu-

-0,0 = +0,25

-0,0 = +0,25

add + 1,25

/ tet Anhfla

Votre Vision  
Opticienne Optométriste  
14 Bd. Yacoub El Mansour Maârif  
CASABLANCA 20370  
Tel: 0522 23 05 45

Dr. Ghiziane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
34, Rue Al Fouari, étage 10, Et Espace  
Tél: 0522 23 55 49

39. زنقة الفرات - الطابق الأول. رقم 10 - المغارف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fouari, 1er étage, N°10, Maarif extension, 20370 - Casablanca

☎ 05 22 23 55 59/49 ☎ 05 22 23 55 49

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

## Votre Vision

Opticienne Optométriste  
Tél. : 212(0)5.22.23.05.45

**Facture N° 001799**

casablanca, le 16.09.2019

Client : BENLEMMIH YASSINE  
sous ordonnance du Dr : ANAHA

Designation	Prix	N° Nomenclature
1 montre	1000Dhs	
1 verre D progressif organique antireflets	1150Dhs	428
1 verre G progressif organique antireflets	1150Dhs	428

Arrêtée La présente Facture a La somme de : TROIS MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

ICE:000195534000004 IH:40213254