

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

W.D. N° P19- 0044361  
35001

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2319 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : IBGUI Marie Christine  
Date de naissance : 01/12/1956  
Adresse : 255 Bd Mohamed V  
Casablanca  
Tél : 0661143430 Total des frais engagés : 1300 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél. : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22  
Date de consultation : 20/07/2020  
Nom et prénom du malade : Assou Zenjani Youssef 68  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
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 : 20/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
20/7/20	E2		30900	Docteur Mohamed PENNANI Ophthalmologiste 54, Bd. Rachidi - Casablanca Tél: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

## 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
	21/2/20	K80	1000000

## 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 canalaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mohamèd BENNANI**  
Ophtalmologiste  
**Chirurgie vitréo - rétinienne**  
Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني  
طب العيون  
أخص أمراض وجراحة الشبكية  
داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le 21/07/2020

HONORAIRES :

Mr. ASSOR Benjamin Yamine

Acte : OCT : K80 . (Tomographie par cohérence optique)

Montant : 1000.00 Dhs (MILLE DHS) .

Docteur Mohamed Bennani

Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 21/07/2020

**COMPTE RENDU OCT**

**OCT DU mardi 21 juillet 2020**

**Mr. ASSOR Benjamin Yamine**

**Contexte :**

DMLA. 23 IVT oeil gauche

**OCT oeil droit :**

Nombreux drusens. Bonne dépression fovéolaire. Adhérence vitréomaculaire sans traction

Epaisseur centrale : 297 $\mu$

**OCT oeil gauche :**

Quelques drusens avec quelques irrégularités au niveau de l'épithélium pigmentaire sans fluide intrarétinien associé. Large zone de décollement de l'épithélium pigmentaire en supérieur





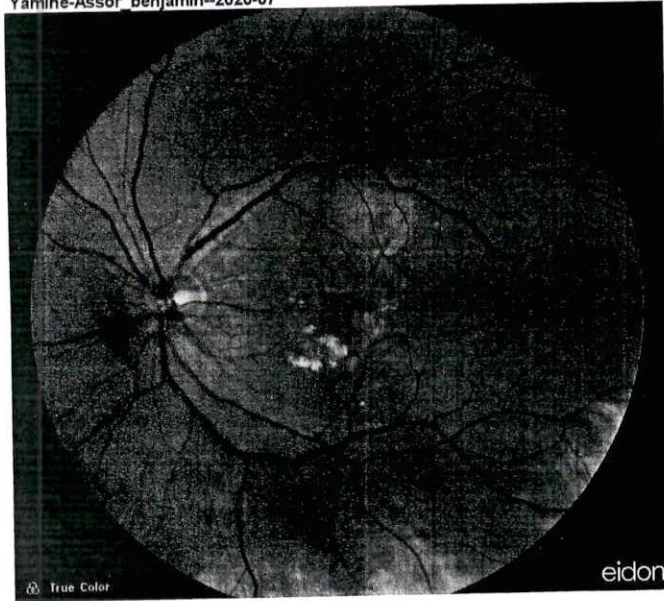
Patient: ASSOR BENJAMIN, YAMINE  
Patient ID: ---  
Diagnosis: ---

DOB: 22/juin/1952  
Exam.: 21/juil./2020  
Comment: ---

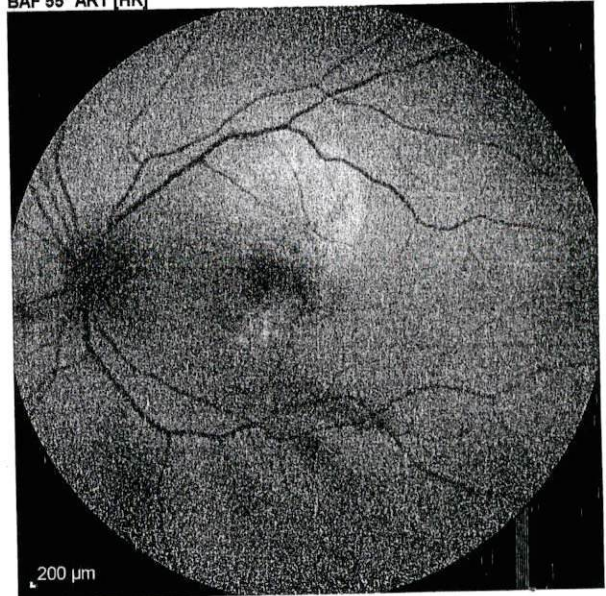
Sex: M

OS

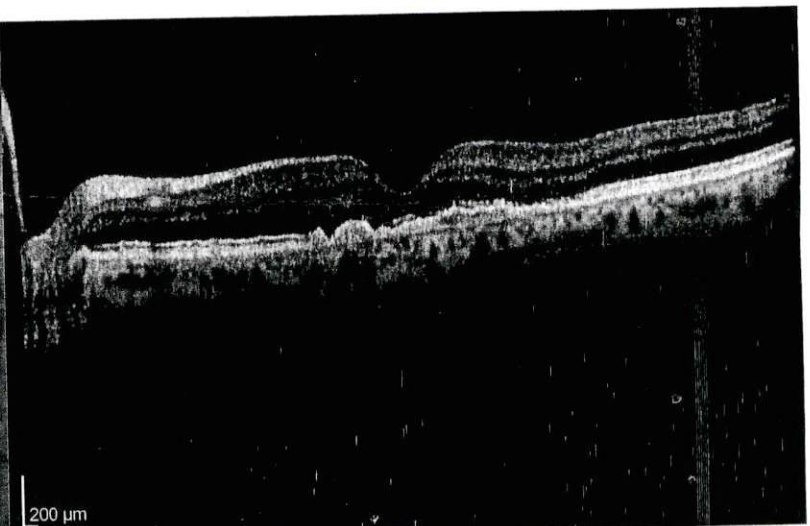
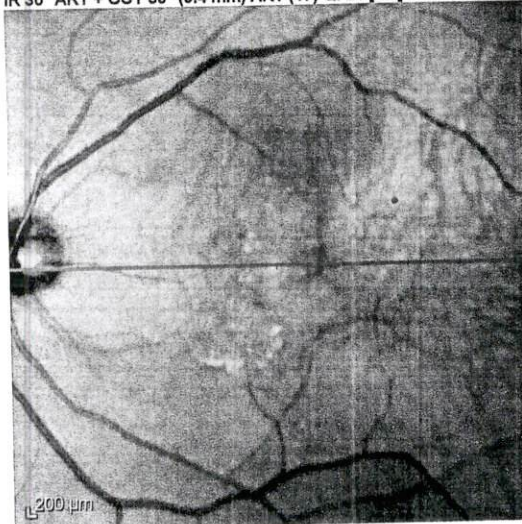
Yamine-Assor\_benjamin--2020-07



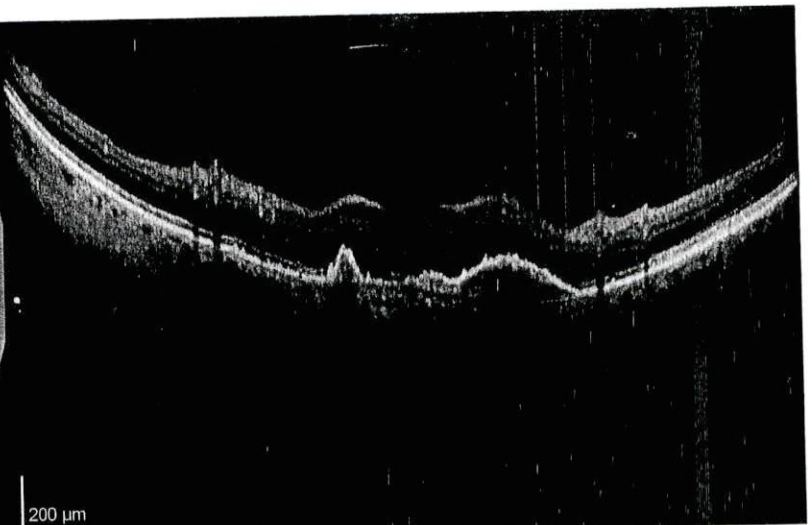
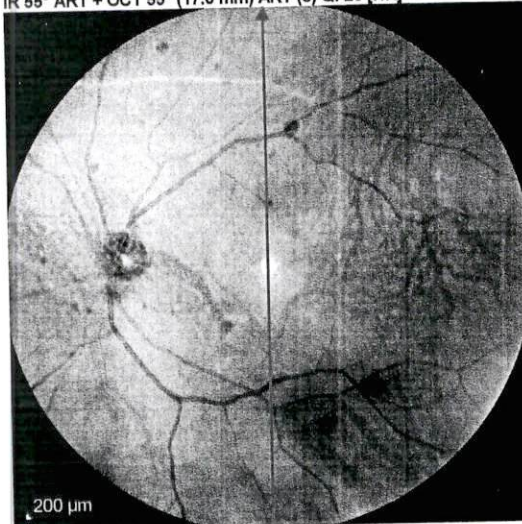
BAF 55° ART [HR]



IR 30° ART + OCT 30° (9.4 mm) ART (17) Q: 21 [HS]



IR 55° ART + OCT 55° (17.0 mm) ART (8) Q: 20 [HR]





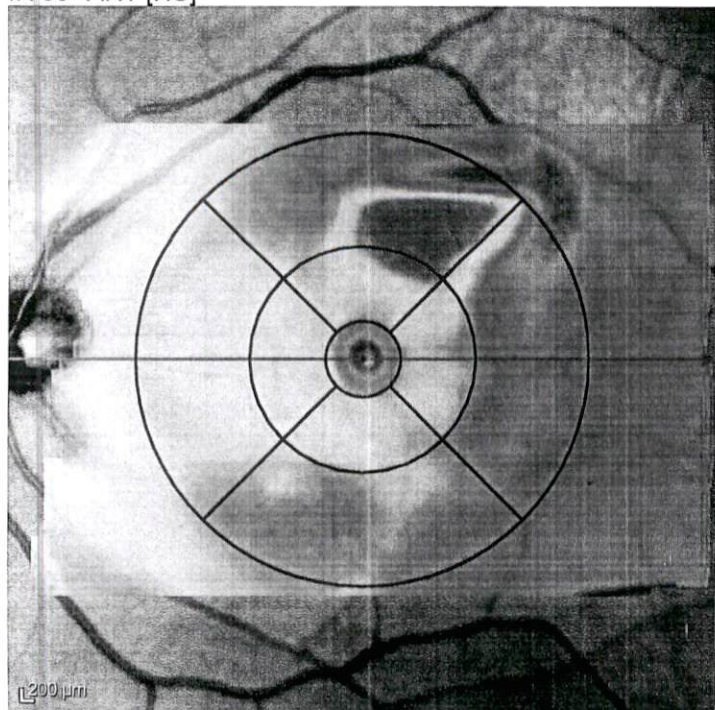
Patient: ASSOR BENJAMIN, YAMINE  
Patient ID: ---  
Diagnosis: ---

DOB: 22/juin/1952  
Exam.: 21/juil./2020  
Comment: ---

Sex: M

OS

IR 30° ART [HS]



- 800

- 700

- 600

500

400

300

200

100

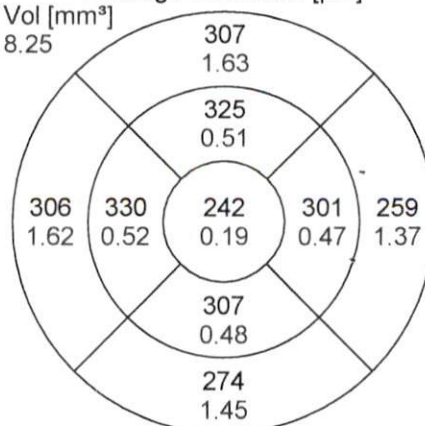
0

Retina Thickness [μm]

Average Thickness [μm]

Vol [mm<sup>3</sup>]

8.25



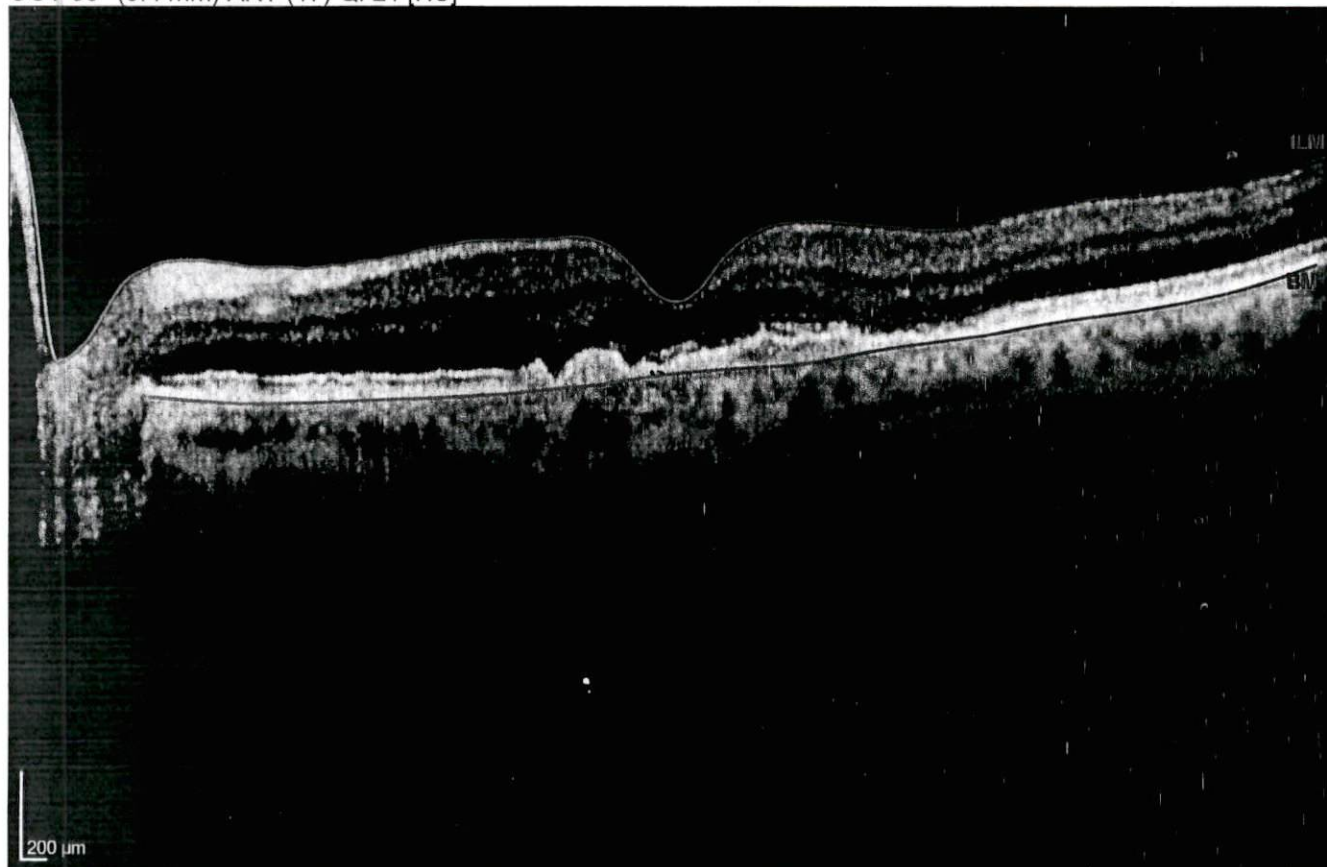
Center: 165 μm

Central Min: 161 μm

Central Max: 316 μm

Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 30° (9.4 mm) ART (17) Q: 21 [HS]





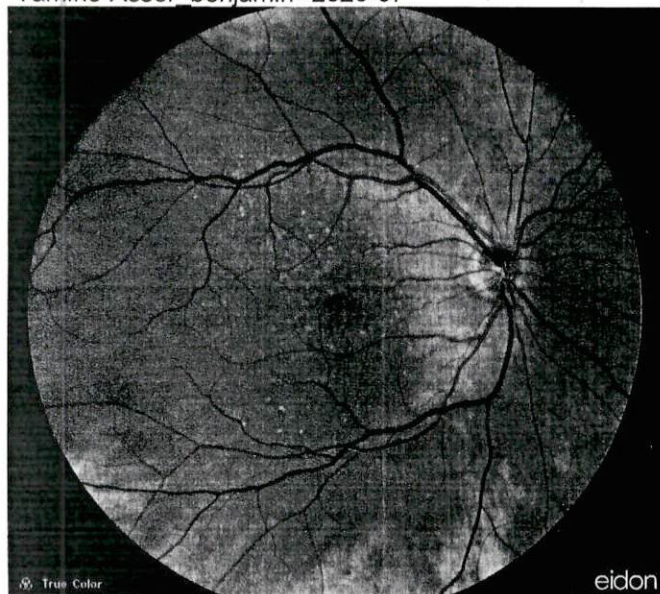
Patient: ASSOR BENJAMIN, YAMINE  
Patient ID: ---  
Diagnosis: ---

DOB: 22/juin/1952  
Exam.: 21/juil./2020  
Comment: ---

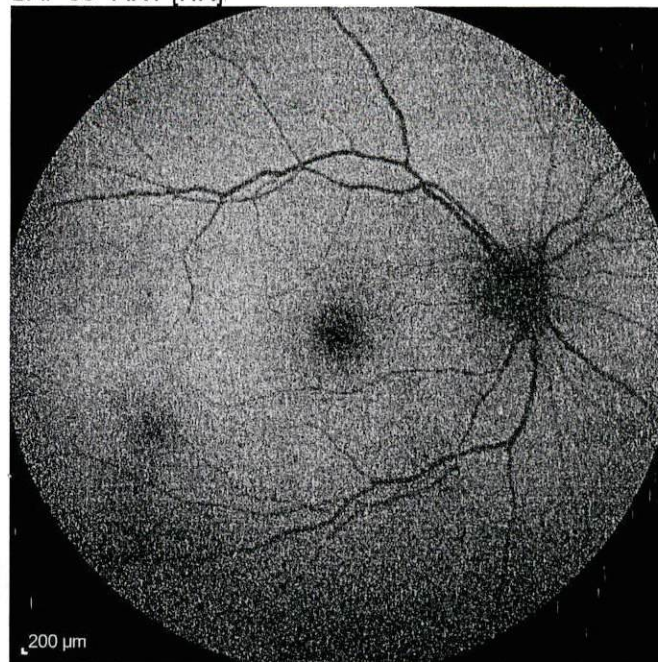
Sex: M

OD

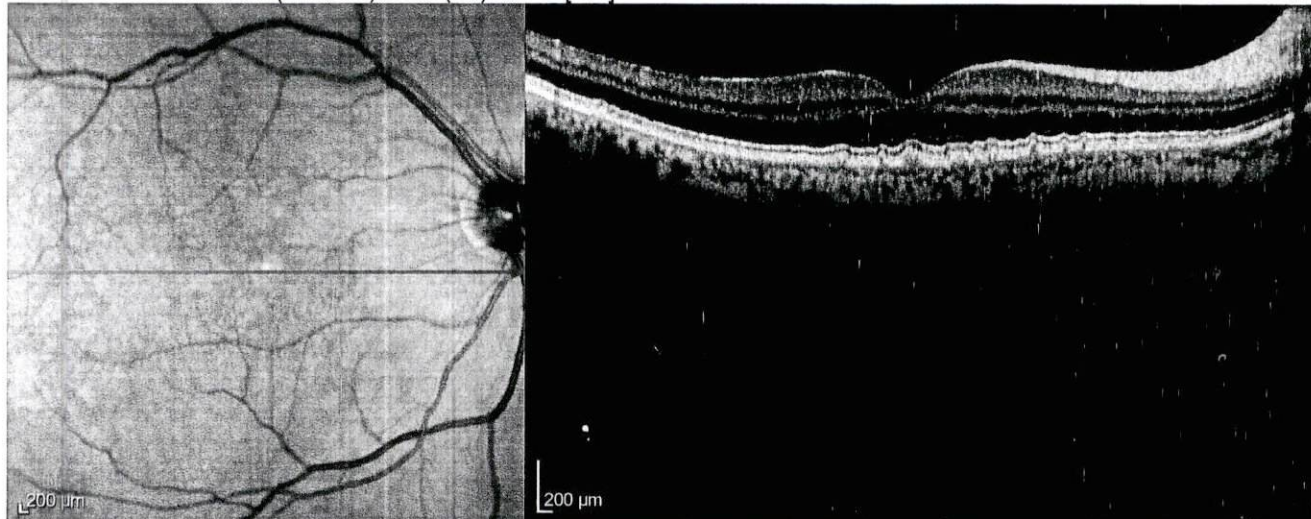
Yamine-Assor benjamin--2020-07



BAF 55° ART [HR]



IR 30° ART + OCT 30° (9.4 mm) ART (15) Q: 32 [HS]



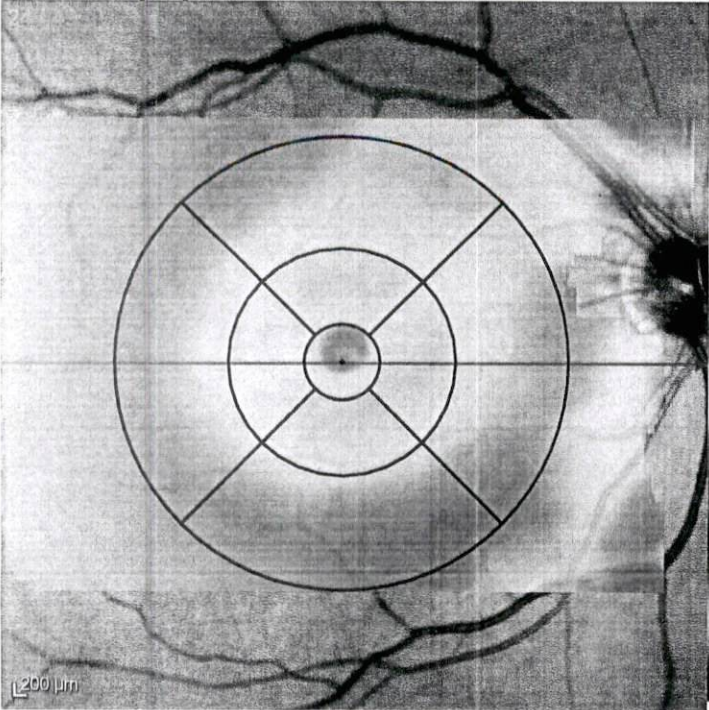


Patient: ASSOR BENJAMIN, YAMINE  
Patient ID: ---  
Diagnosis: ---

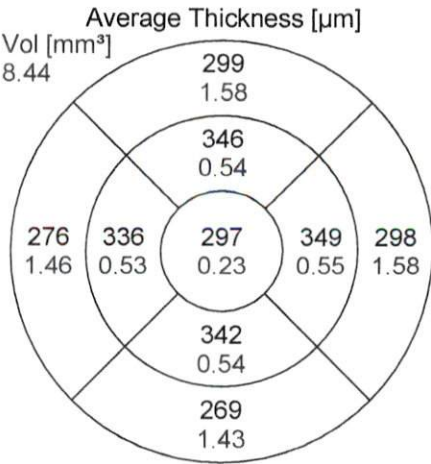
DOB: 22/juin/1952  
Exam.: 21/juil./2020  
Comment: ---

Sex: M  
OD

IR 30° ART [HS]



Retina Thickness [μm]  
- 800  
- 700  
- 600  
500  
400  
300  
200  
100  
0



OCT 30° (9.4 mm) ART (15) Q: 32 [HS]

