

# 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.

M22- 07789

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01697 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BELBEIDA MOHAMMED 156890

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : DRR EL HANA RUE 17 N° 24 BKA

BP 12614 HAY HASANS CASA

Tél. : 0662026473 Total des frais engagés : 3070 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BelBeida ASmoe Age: 18

Lien de parenté :  Lui-même  Comptoir  Enfant

Nature de la maladie : maladie oculaire

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 : 05/04/2023 Le : 06/04/2023

Signature de 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/02/2023      | S                 | 5                     | 300,00                          | 300,00   |
| 16/03/2023      |                   |                       |                                 | compte   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie SOPHIA - CASA                | 27/02/23 | 270,00                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

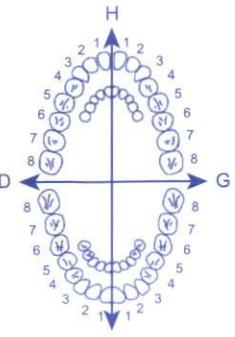
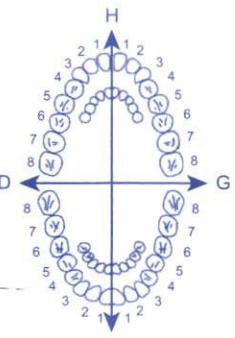
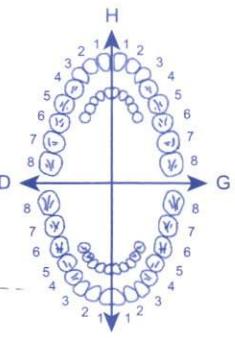
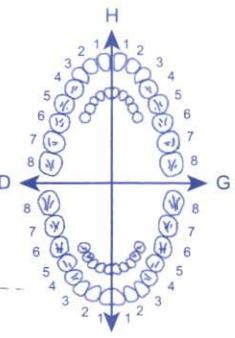
| Cachet et signature du praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| MARTHOUM                         | 06/02/23       |        |    |    |    | 280,00                          |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                           | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|--|------------------|-------------|------------------------|
|       |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             | MONTANTS DES SOINS     |
|      | H  | 25533412         | 21433552    |                        |
|  |  | 00000000         | 00000000    |                        |
|  | D  | 00000000         | 00000000    |                        |
|  |  | 35533411         | 11433553    |                        |
|  | B  |                  |             |                        |
|  | G  |                  |             |                        |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  |             | DATE DU DEVIS          |
|      |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION    |
|      |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  |  |                  |             |                        |

# Dr Mona ZAKI

**Spécialiste en Ophthalmologie  
Adulte et Pédiatrique**  
Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



**الدكتورة منى زكي**  
أخصائية في طب وجراحة العيون  
للكبار والأطفال  
طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة الدار البيضاء  
عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

**Chirurgie des Yeux**  
DIU D'Imagerie et de pathologies rétiniennes  
de la faculté Paris Diderot  
DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux  
Laser - Angiographie  
DIU de Chirurgie Réfractive  
Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

Casablanca, Le : ..... الدار البيضاء، في :

جراحة العيون  
دبلوم في أمراض الشبكية  
جامعة باريس ديدرو  
دبلوم OCT في جامعة فرساي  
دبلوم العدسات الاصنفية بجامعة بوردو  
تصوير الشبكية - الليزر  
دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر  
كلية الطب بتولوز

27 février 2023

**Mlle BELBEIDA ASMAE**

1/ EOLE DUAL

4 à 5 fois par jour, 6 Mois



PPC: 135,00  
E 01 22  
07/2025  
Tél: 022 95 01 34  
214, Bd Ibnou Sina - CASA  
Mme Belbeida Asmae  
Filiature SUD HIA

18, Route de Casablanca  
Bd El Khair et Ennas  
Casablanca 20100  
Tél: 05 22 90 15 24  
Fax: 05 22 90 15 24

PPC: 135,00  
E 02 22  
07/2025

**Dr Mona ZAKI**

**Spécialiste en Ophtalmologie**

**Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

**Chirurgie des Yeux**

DIU D'Imagerie et de pathologies rétiniennes

de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



**الدكتورة منى زكي**

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والاطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

**جراحة العيون**

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فرساي

دبلوم العدسات الاصنفية بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : ..... الدار البيضاء، في :

**16 mars 2023**

**Mlle BELBEIDA ASMAE**

**Monture + verres correcteurs**

**Organiques Antireflets, Amincis**

OD = - 7.00 (- 1.50 à 179°)

OG = - 7.25 (- 1.25 à 175°)

ORHTALMOLOGISTE

Dr. ZAKI MONA

OPTICIAN

IBN HASSAN

CASABLANCA

MARS 2023

N° 05394-0663789191

R.C: 337929

TÉL: 0522901524

Dr. ZAKI MONA

Opticien

Adultes et Enfants

Bd. H.H 24 Hay Hassani

TÉL: 0522901524

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18، تجزئة سعد الخير شارع 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca

RC : 337929

IF : 152941111

ICE : 000112884000066

Le : 06/04/2023

M : Beldjaida ASMA AE

Type des verres : OIR MA TIR.

Blanc 1,67

Monture: Métal. Sca, -

Vision de loin :

OD Axe Axe 17,9 cyl -1,50 Sph -7, cc 100, -

OG Axe Axe 17,5 cyl -1,25 Sph -7, 25 / acc -

Vision de Près :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph

OG Axe ..... Cyl ..... Sph

CL : 000112884000066  
 ICE : 000112884000066  
 Tél : 06 63 78 91 91  
 Montant : 1000000000  
 MAFHOU M  
 EVE OPTIC S.A.R.L.  
 6 Bis Rue Ibn Hajjaj AV 2 Mars  
 Casablanca Tél : 05 22 81 33 99