

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-586711

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 07641 Société : RAM

Matricule : 07641

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 161730

Nom & Prénom : MAHI ZOUHAIR

Date de naissance : 17/12/61

Adresse : BLOC 2, N°1 Bd FAKHRAH HAY LAMIA

Tél. : 0620 99120 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EZ-ZAHRAOUI MAHAI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
NPE: 091249755

Date de consultation : 17/05/23

Nom et prénom du malade : MAHI ZOUHAIR Age : 61

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

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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 : CASA Le : 17/05/23

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



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
15/07/23	CS		250 DHS	INP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

[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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lunette ANNAJAH



نظارات النجم

ROKENEDDINE Redouane El Idrissi  
Bd. Moudiboukeita, Bloc G  
N° 27 - Casablanca  
Rég. Com N° : 352640  
Patente N° : 36612796  
I. F : 4 5 5 2 5 2 5 0  
ICE : 000885051000058  
GSM : 06.64.27.21.94

ركن الدين رضوان الإدريسي  
شارع موديبو كيتا، بلوك ج  
رقم 27 - الدار البيضاء  
السجل التجاري : 352640  
بتانتا رقم : 36612796  
الضريبة : 45525250  
000885051000058 : ICE  
المحمول : 06.64.27.21.94

N° 0002479

Casablanca, le 14/05/2023

Mlle MATHI Loujayn

Doit

Docteur EZZAhraoui Mand

Nomenclature N°

VL OD : cyl sph -1,50

OG : cyl sph -1,25 (-25/12)

VP OD : cyl sph

OG : cyl sph

Verres : myanique AR+ ALB. 2500

Montures : optique 1000

Facture arrêtée à la somme de : Trois Mille 3500

cinq cent dix

ROKENEDDINE Redouane  
El Idrissi ANNAJAH  
Bd. Moudiboukeita Bloc "C" N°27  
CASABLANCA

O

OG



**Dr Ez Zahraoui Manal**

**Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique**

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris

Praticien attaché à l'hôpital Cheikh Khalifa bin Zayed

Ancien Médecin au CHU de Rabat

Ancien Médecin au CHU de Bruxelles

Diplômée en Ophtalmologie Pédiatrique et Strabologie  
de l'université de Marseille

Diplômée en Imagerie rétinienne, prise en charge du Glaucome  
et adaptation en lentilles de contact des Universités de Paris



**الدكتورة منال الزهراوي**

**طب و جراحة العيون  
للکبار و الصغار**

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة ملحقة بمستشفى الشيخ خليفة ابن زايد

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببروكسيل

دبلوم في طب عيون الأطفال و الحول بجامعة مرسيليا

دبلوم في أمراض الشبكية و المياه الزرقاء و تعديل

العدسات اللاصقة بجامعة باريس

**15 mai 2023**

Casablanca, le .....

**Mlle MAHI Loujain**

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = - 1.50

OG = - 1.25 (- 0.25 à 10°)

**Beneneddine Bedouane**  
**Opticien ANNAJAH**  
Bd. Moudiboukeita Bloc "C" N°27  
CASABLANCA

**Docteur**  
**EZ-ZAHRAOUI MANAL**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
INPE: 091149755

Boulevard grande ceinture, bloc Koudia 106 N°73, 1er étage, Hay Mohammadi, Casablanca  
( En face du café Florida, station tramway M'dakra ) - E-mail : drezzahraouim@gmail.com  
Tél.: 05 20 79 20 79 - 05 20 74 20 74 - N° des Urgences : 0617 087 087