

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 : 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 caractére 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

Nº P19-0049040

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 282 Société : 13240

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABASSI AZIZ

Date de naissance :

Adresse : 25 Rue Abu Rachem el Dabbagh

Tél. : 06 77 63 107 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/09/2010 Nom et prénom du malade : STEPHAJI HAFIDA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cste Plaies ophtalmologie

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 : 10/09/2010

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09 SEPT 2020    | C                 |                       | 300 DT                          | <i>Dr. Zinib LAZARUS<br/>Spécialiste en Ophtalmologie<br/>Angle Houssef &amp; Rue Nabout, 3ème étage<br/>Tél: 0522 47 51 90</i> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <i>HARMACEDAR BOUAZZA<br/>Dar Bouazza - Ouhia Amine<br/>Tél: 0522 29 01 74 - Dar Bouazza</i> | 10/09/2020 | 165.00                |

| ANALYSES - RADIographies                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 |     |
|                                  |                | A M    | P C | I M                             | I V |
|                                  |                |        |     |                                 |     |
|                                  |                |        |     |                                 |     |
|                                  |                |        |     |                                 |     |
|                                  |                |        |     |                                 |     |
|                                  |                |        |     |                                 |     |

## 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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES |                      | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                      | MONTANTS DES SOINS |
|---------------------------|----------------------|---|----------------------|--------------------|
| H                         | G                    | H   | G                    |                    |
| 25533412<br>00000000      | 21433552<br>00000000 | 25533412<br>35533411                      | 21433552<br>11433553 |                    |
| D                         | G                    | B   | B                    |                    |
| 00000000<br>35533411      | 00000000<br>11433553 |   |                      |                    |
|                           |                      |   |                      |                    |
|                           |                      |   |                      |                    |

| [Création, remont, adjonction] |  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  | DATE DU DEVIS |
|--------------------------------|--|--|--|---------------|
|                                |  |  |  |               |
|                                |  |  |  |               |
|                                |  |  |  |               |
|                                |  |  |  |               |
|                                |  |  |  |               |
|                                |  |  |  |               |

| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |  | DATE DE L'EXECUTION |
|--|--|---|--|---------------------|
|  |  |   |  |                     |
|  |  |   |  |                     |
|  |  |   |  |                     |
|  |  |   |  |                     |
|  |  |   |  |                     |
|  |  |   |  |                     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DR ZINEB LAZRAK

## SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de Casablanca  
Ex médecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte  
Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie réfractive  
Contactologie  
Maladies rétiniennes  
Angiographie numérisée  
OCT - Laser - Topographie cornéenne



## الدكتورة زينب الأزرق

### اختصاصية طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلاة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص وتصوير شبكيه العين

اللازر - فحص القرنية

**10 septembre  
2020**

Casablanca le :

## Mme SENHAJI Hafida

### 1/ ILAST CARE

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



### 2/ HYE UNIDOSE

1gite 4 fois /jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

PHARMACIE DAR BOUAZZA  
ZAHZOUH Amina  
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93  
Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

Dr. Zineb Lazrak  
Spécialiste en Ophtalmologie  
N° 5, Casablanca - Tel : 06 22 77 30  
Rue Moulay Youssef & Rue Nadoud, Casablanca

PPC 145,00 DH

14 3 3  
0 0 0

ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3<sup>ème</sup> Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90  
 Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com