

## 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 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
- 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° W19-422135

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11360

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : RACHAD ESSAID

Date de naissance : 07/08/1961

Adresse : Habitué

Tél. : 0661815503 Total des frais engagés : 2800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. NAYME Karim**  
Ophtalmologie

Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour  
- Casablanca -  
Tél: 0522-36-60-79 / 0643-0822-95

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/02 / 2020

Nom et prénom du malade : RACHAD ESSAID

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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) : ACCUEIL SIEGE RAM



[illegible]

Dr. NAYME Karim  
Ophtalmologie

Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour  
- Casablanca -

Tel: 0622-36-60-79 / 0643-08-22-95

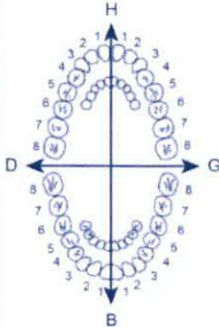
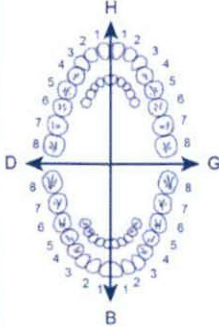
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B
	H																							
25533412		21433552																						
00000000		00000000																						
D		G																						
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
	B																							
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

**INP :**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Karim NAYME**

**Ophtalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux



**الدكتور كريم النعيم**

**طبيب العيون**

**أمراض و جراحة العيون**

Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي و الشبكة

جراحة الجفون و مسالك الدموع

**casablanca**..... Le **29 février 2020**.....

**Mr. RACHAD Essaid**

Monture + verres correcteurs progressifs

VL : OD = + 2.25 (- 0.50 à 127°)

OG = + 2.25 (- 0.50 à 77°)

VP : ODG = Add : + 2.00

OTIC  
128 Rue d'Azemour  
Casablanca  
Tél: 0522 36 60 79 / 0643 08 22 95

**Dr. NAYME Karim**  
Ophtalmologie  
Lot. Nassim Lot n°5 Route d'Azemour  
- Casablanca -  
Tél: 0522 36 60 79 / 0643 08 22 95

**Prise de RDV par téléphone**

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca

5, شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) خزنة النسيم البيضاء

☎ + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

© karim.nayme@gmail.com 📍 Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

# نظارات مرفوق

## LUNETTES MARFOUK

### OPTICIEN

N° 02489

Vente et Réparation  
toutes sortes de Lunettes

N° R. C. 145.942 "Bis"

Sidi Maârouf 4 - Rue 1

N° 126 Bis - Casa

CASA, LE : 07.03.2020

M. : RACHAM. ESSAM

Tél. : 06 64 18 48 37 / 06 12 14 38 80

DOCTEUR

Karim - NAIMÉ

NOMENCLATURE N°

522

OD : CYL

SPH

127 - 050 + 225 1000,-

OG : CYL

SPH

77 - 050 + 225 1000,-

VP. OD : CYL

SPH

3000 = + 2

OG : CYL

SPH

VERRES

PROGRESSIF ORGANIQUE ATG-AR

MONTURE

PLASTIC

600,-

FACTURE ARRÊTÉE A LA SOMME DE

Deux mille six cent

2600,-

DHS

OPTIC MARFOUK

126 Rue 1 Sidi Maârouf 4

Casa Tel. 024 89 02 80

GSM : 06 64 18 48 37

O

90

O G

90

ICE = 002009483000036