

## 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 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.

### 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-523038

CD

58570

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09099

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARIS ABDELHAK

Date de naissance :

10/03/1966

Adresse :

habitatuelle

Tél. : 06 61 19 63 97

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/02/2020

Nom et prénom du malade :

FARIS IZRAM

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Hypermetropie

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 : 04/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-523038

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 09099

Nom de l'adhérent(e) : FARIS (Kam)

Total des frais engagés : 200 + 296

Date de dépôt : 04/02/2021

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23/12/2015	9		200	INP : 094182227 Dr. NAYA Karim Ophtalmologie Sidi Lot N°5 Bâtiment d'Azemmour Casablanca 20800 08-22-95

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DAWLIZ</b> Mr. HAMOUMI ABDERRAHMANE Bd TAN TAN - EL HAK CASA ANFA 25.12.2020 25.12.2020 25.12.2020	25.12.2020	256,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none; border-bottom: none;">G</td> <td style="border-top: none; border-bottom: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;">B</td> <td style="border-bottom: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411			11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
G		00000000																	
B		35533411																	
		11433553																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

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

جراحة العجالة داء الزرق

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

تصحيح البصر بالليزر

Oeil et diabète

إصابة العين بداء السكري

Adaptation en lentilles de contact

العدسات اللاصقة الطبية

Pathologie vitréo-rétinienne

أمراض السائل الزجاجي والشبكة

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

جراحة الجفون و مسالك الدموع

casablanca ..... Le 25 décembre 2020

Mme FARIS Ikram

OPTIVE FUSION



1 goutte x4 par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

ZYLET



1 goutte x4 fois par jour pendant 1 semaine  
1 goutte x3 fois par jour pendant 1 semaine  
1 goutte x2 fois par jour pendant 1 semaine  
, dans les deux yeux

Euro médic  
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 Dhs



Distribué par Zenith Pharma  
PPV = 117,00 DH

Dr. NAYME Karim  
Ophtalmologie  
Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour  
Casablanca - Casablanca -  
Tel: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95



Prise de RDV par téléphone

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

5، شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزمور سابقاً) بجزئية النسيم البيضاء

☎ + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

✉ karim.nayme@gmail.com Ⓛ Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim