

# 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.

## Diagnostique 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

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 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° P19- 067069

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKR MINA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Rue 5 N° 33 ATTADANOU (cheron oul)

Tél. : 0604445124 Total des frais engagés : 2.679,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bakr Mina Age : 01/01/52

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

Nature de la maladie : Maladie oculaire

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 : 10/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

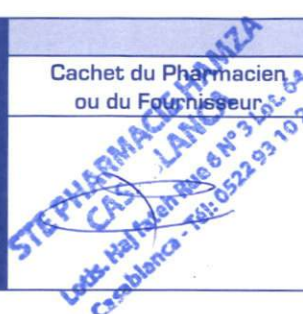
*(Signature)*



# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/02/21        | G                 |                       | 200,00 DH                       |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 10/02/21 | 2470,00               |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

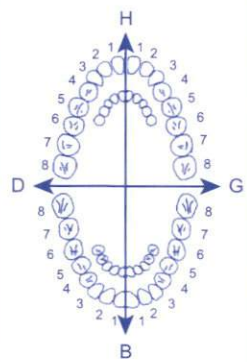
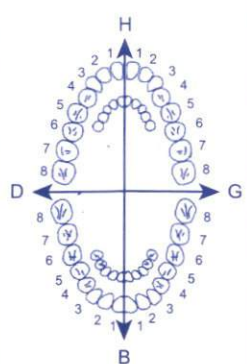
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient         |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---|--|------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |  |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |                     | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | DATE DU DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 Retractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

**الدكتورة منى زكي**

أخصائية في طب وجراحة العيون  
للحديث 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 فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

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

10 février 2021

**Mme BAKIR Mina**

1/ BLEFARETTE

Pour soins de paupieres

2/ EOLE DUAL

4 fois par jour, 6 Mois

3/ GEL LARMES

1 application / jour le soir, 6 Mois

4/ PHYSIODOSE 12 UNIDOSES 5

lavage oculaire apres massage

5/ LUMIGAN 0.1

1 goutte par jour le soir, 6 Mois

PPC 159,00 DH

PPC: 135,00 PPC: 135,00

PPC: 135,00 PPC: 135,00

PPC: 135,00 PPC: 135,00

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 1000g  
Mme Amina DAUDI  
Distribué par COOPER PHARMACIEN  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacie Responsable:  
Mme Amina DAUDI  
PPV: 41.00 DH

ARMES - Gel Oph. Tube de 1000g  
Mme Amina DAUDI  
Distribué par COOPER PHARMACIEN  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacie Responsable:  
Mme Amina DAUDI  
PPV: 41.00 DH

EL-LARMES - Gel Oph. Tube de 1000g  
Mme Amina DAUDI  
Distribué par COOPER PHARMACIEN  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacie Responsable:  
Mme Amina DAUDI  
PPV: 41.00 DH

ZENITH PHARMA  
PPC: 37,20 DH

18, تجزئة سعد الخير شارع H.H 24 الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 15 24

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - Tél.: 05 22 90 15 24

E-mail : drzaki@ophtalmologuecasa.com