

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-611610

61283

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1983</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>KHAIR EDDINE Ahmed.</b>
Nom & Prénom : <b>KHAIR EDDINE Ahmed.</b>			
Date de naissance : <b>30/10/61 1944</b>			
Adresse : <b>Résidence du Palais, Rue Yasmine, Im H étage 3, Béni Séjourn, Casablanca</b>			
Tél. : <b>06 968132 67</b>		Total des frais engagés : <b>3158,00</b> DHS	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <b>DR. RACHID ZAFAD</b> <b>Ophtalmologiste</b> <b>Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard</b> <b>Quartier Palmera - Casablanca</b>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <b>SABRI MALIKA</b> Age: <b>62</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Conectien optique</b>	
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 : **9/02/2021**

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
12-12-2021	47		322000	INP 0123456789
				CHID 2021 Imbologue Rue Mansart Paris 75003

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NACIE AL WOSI AL ue des FARMACIE Cote de d'ANNABA - Casablanca 02236 8430 513 Patente:34808192 082009513	17-02-21	158,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	25/2/21		270			270.00

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CLINIQUE AL MADINA**

Centre d'Ophtalmologie

**Docteur Rachid ZAFAD**

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



**مصحة المدينة**

مركز أمراض وجراحة العيون

**الدكتور رشيد زفاض**

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكية

ORDONNANCE 17 février 2021

**Mme SABILI MALIKA**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = - 0.25 (- 0.75 à 80°)

OG = + 2.25

VP : ODG = Add : + 3.00

CLINIQUE AL MADINA  
Dr. RACHID ZAFAD

DR RACHID ZAFAD  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

**CLINIQUE AL MADINA**  
Centre d'Ophtalmologie  
**Docteur Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII  
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة  
مركز أمراض وجراحة العيون  
**الدكتور رشيد زفاذ**  
إختصاصي في طب العيون  
خريج كلية الطب بباريس  
جراحة الجسم الزجاجي والشبكية

ORDONNANCE 17 février 2021

**Mme SABILI MALIKA**

158.00

1/ CATIONORM

**S.V**

1 goutte 3 fois par jour, pendant 3 mois

PHARMACIE AL WOUROUD  
67, Rue des Roses A Côté de  
Masjid Annour - Beausejour  
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca  
Patente: 34808197

PPC 158,00 DH

**DR. RACHID ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca



TCE: 00174 0389000080 sumica optique

sumica optique مهر سوميکا نظارة

Casablanca, le 25/2/2021

TAGNAOUTI A.

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél.: 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

Casablanca - Maroc

FACTURE 029457

Dr. ZAFAD

Mme SABIL

MALIK

Vision de loin

Vision de près

OD : cyl ..... sph .....

OD : cyl ..... sph .....

OG : cyl ..... sph .....

OG : cyl ..... sph .....

Double Foyer  
 OD : cyl (80 - 0.75) sph ..... 0.25 Add ..... + 3  
 OG : cyl ..... sph ..... + 2.25 Add ..... + 3

Quantité :	Désignation	Prix
	MONTURE .....	.....
	2 VERRES progressif organique	2700
	Haute + traitement + anti	
	reflet moins 1.6 nomade	
	0.7 : 432 o G : 2429	
Montant en lettre	TOTAL	2700,00
Sept cent dh,		
R.c 2023 68		
C.22		

Cachet, signature

sumica optique

TAGNAOUTI A.

7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Casablanca - Tel/Fax: 0522 27 33 83

PATENTE N° 3310598