

## 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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-618176

64330

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11649 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EZZAHER ZAKARIA  
 Date de naissance : 02-09-1976  
 Adresse : 11 Rue de France N° 17 Rdt. CASA  
 Tél. : 0766604321 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 09 MARS 2021  
 Nom et prénom du malade : EZZAHER ZAKARIA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : vue - 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 : Le : 23 / 03 / 2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
09 MARS 2021	G7	—	2306000	Dr. EL ALAOUJI OPHTALMOLOGISTE 315, Bd El Fida, Etage, Casablanca Tél: 05 39 84 32 18

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

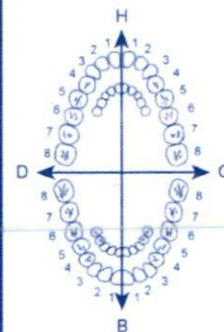
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

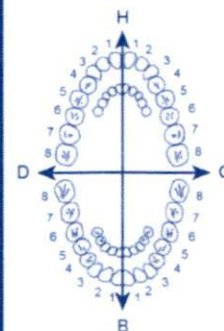
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	09/03/2021	2	0	0	0	3000

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. EL ALAOU EL AOUFOUSSI J.E

OPHTALMOLOGISTE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE PARIS

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
LASER ANGIOGRAPHIE

الدكتور العلوي الأوفوسي ج.د



خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

INPE :



091164939

Casablanca, le : 09 MARS 2021

N°

FZZAHER ZAKARIA

Nous constatons - Prognosis  
- satisfaisant  
- sans flots

de 1 sur

OD - 1,00 (-0,75 à -90)

OG - 2,75 (-2,50 à -150)

DE Pres Add + 4,75

+ 1 suture

Dr. EL ALAOU EL AOUFOUSSI J.E  
OPHTALMOLOGISTE  
315, Bd. EL Fida (en face kissariat AL MANJRA) - Casablanca  
Tél. 05 22 83 23 32 / 05 22 83 18 03

Signature of Dr. EL ALAOU EL AOUFOUSSI J.E



# SUN OPTIQUE

OPTIQUE - OPTOMETRIE  
CONTACTOLOGIE

Casablanca, le 09/03/2021

## FACTURE N° 08084

NOM : EZZAHER ZAKARIA

PRESCRIPTION DU DOCTEUR : EL ALAOUI JE.

DESIGNATION	PRIX
lunettes progressives originales AR.	3000,00
n° nomenclature : 431/436	



TOTAL 3000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

trois mille dh

SUN OPTIQUE  
Abdelkader  
0522 27 78 42

21 Rue Mouftakar Abdelkader ( ex Clémenceau ) - Casablanca - Tél.: 0522 27 78 42 - Fax : 0522 27 42 06

Email : sunoptique@yahoo.fr

R.C. : 223816 - T.P. : 33204715 - I.F. : 41504486 - ICE : 00154057500015 - C.N.S.S. : 2157205