

## 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-605908

CA  
Rabat  
Zineb

69086

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12643

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zineb Rabat

Date de naissance : 11-03-87

Adresse :

Tél. : 06 62 76 41 28

Total des frais engagés : 1500 + 200 = 1700 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophthalmologiste  
Angle Rue Med Bahl et Rue Mansar  
Quartier Palmera - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2021

Nom et prénom du malade : BABOUI

Lien de parenté :

Lui-même  
Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophthalmologiste Casablanca  
Angle Rue Med Bahl et Rue Mansar  
Quartier Palmera - Casablanca

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

N° W21-605908

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).

Optique

12643

RABOUI

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
07/02/2021	CS		300 DH	INP : 0902120084 Dr. Lahcen ZAFAR Ophtalmologist Single Rue Med Bahi et Rue Mansour For Palmiers, Casablanca

## 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
IX CS TIC Rue Ibn Khaldoun 0018751450091	05-02-2021				1200	PHENIX 2021 Résultat

### 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"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td><b>D</b></td><td><b>G</b></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>B</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<b>D</b>	<b>G</b>													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CLINIQUE AL MADINA

Centre d' Ophtalmologie

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et  
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières  
et des Voies Lacrymales



## مصحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاص

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون و المسالك الدمعية

01 février 2021

### ORDONNANCE

Mme RABOUH Zineb

#### 1/ HYLOCOMOD COLLYRE

1 goutte 3 à 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

#### 2/ NAABAK COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois et demi

Vere  
Rodenstock

Dr. Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05.22.25.00.01 - CASABLANCA

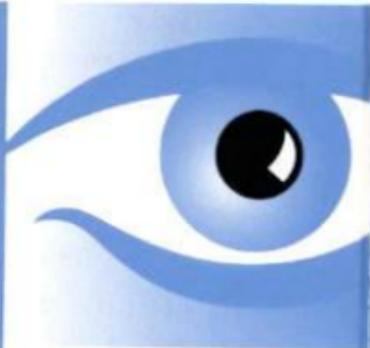
E-mail : [cliniquealmadina@oeil.ma](mailto:cliniquealmadina@oeil.ma) - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425



# HYLO- COMOD®

# HYLO- COMOD®

Sans agents conservateurs



Hyaluronate de sodium  
1 mg/ml

## Collyre humidifiant

Compatible avec  
tous types  
de lentilles

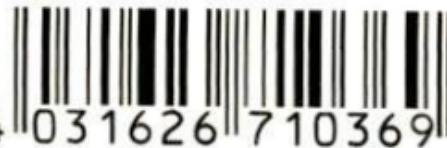
**10 ml**  
de solution stérile  
sans phosphate  
pour voie ophtalmique

### Distributeur:

KIT MED  
33 Rue Lahcen Al Aarjoune,  
Quartier des Hôpitaux  
Casablanca / Maroc

Conserver à température ambiante.

Ne pas utiliser plus de 6 mois  
après ouverture.



4 031626 710369



URSAPHARM



URSAPHARM

150,00

2022-07

LOT

296 / E3

31.1836  
CDB

**CLINIQUE AL MADINA**

Centre d' Ophtalmologie

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et  
des Maladies des YeuxChirurgie Esthétique des paupières  
et des Voies Lacrymales**مصحة المدينة**

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاص

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون و المساك الدمعية

01 février 2021

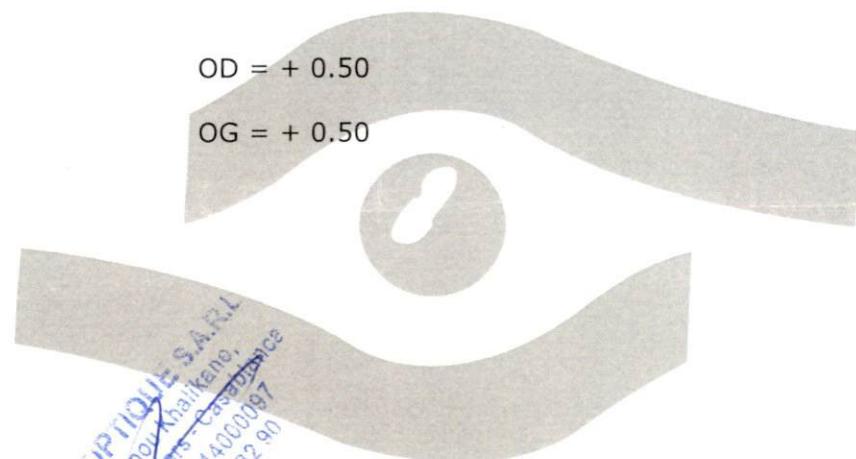
ORDONNANCE**Mme RABOUEH Zineb**

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.50

OG = + 0.50



PHENIX CP 11011 S.A.R.L.  
26 Rue Ibnou Khailane,  
Résidence Palmiers Casablanca  
Tél: 0189751400097  
Tél: 0663 16 32 90

Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

Verre  
Rodenstock

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05.22.25.00.01 - CASABLANCA

E-mail : [cliniquealmadina@oeil.ma](mailto:cliniquealmadina@oeil.ma) - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425

# Phénix Optique

Opticien - Optométriste

## FACTURE

N : 00001090125554855

Casa le 05/02/2021

NOM PRENOM : RABOUH ZINEB

DR : LAHCEN ZAFAD

VISION DE LOIN

OD : +0.50

OG : +0.50

OD VERRE ORGANIQUE ANTI REFLETS : 600 DH

OG VERRE ORGANIQUE ANTI REFLETS : 600 DH

MONTURE : CLIENT

TOTAL : 1200 DH

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

MODE DE PAIMENT : ESPECE

26, Rue Ibnou Khalikan, Palmier - Casablanca - Tél : 05 22 23 26 41  
IF : 20759247 - RC : 373051 - TP : 34794702 - ICE : 001897514000097

PHENIX OPTIQUE SARL  
Résidence Palmiers - Casablanca  
Tél : 0663263290  
Tél : 001897514000097

Signature