

## 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

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

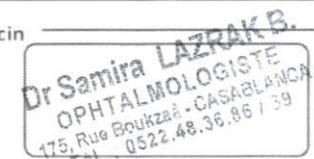


## Déclaration de Maladie

N° W19-514873

93384

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>1802</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>CHOUAIBI MOSTAFA</b>
Nom & Prénom : <b>CHOUAIBI MOSTAFA</b>		Date de naissance : <b>21-03-1959</b>	
Adresse : <b>Abituelle</b>		Tél. : <b>0648499321</b> Total des frais engagés : <b>5849</b> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="text-align: center;">  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <b>Dr Samira LAZRAK B.</b>            OPHTALMOLOGISTE            175, Rue Boukza - CASABLANCA            Tel. 0522.48.36.86 / 39         </div> </div>			
Date de consultation :	<b>MIN 21</b>	Age:	
Nom et prénom du malade :	<b>CHOUAIBI MOSTAFA</b>	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Reflexes</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 :

"adhérent(e)" : **CHOUAIBI MOSTAFA**

Le : **24/11/2021**



### 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
MM/2021	GS	1	25200	INP : 0910936050 Dr Samira LAZRAI OPHTALMOLOGISTE 175, Rue Bouchara - CASABLANCA. Tél. : 0522.48.36.88 / 0522.48.36.88

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Cachet de la Pharmacie L'Optique d'Abounz</i>	MM/2021	99,-

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
<i>OPTIQUE D'ABOUNZ 40, Rue Allal Ben Abdellah CASABLANCA. Tél. 27-12-00</i>	MM/2021					55000,00

### VOLET ADHERENT

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

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> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
G	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														

# Docteur Samira LAZRAK BERRADA



Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Montpellier  
Strabisme - Laser - Angiographie  
Membre Titulaire  
de la Société Française d'Ophtalmologie  
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie  
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca

الدكتورة سميرة الأزرق براطة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمنوبة

حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

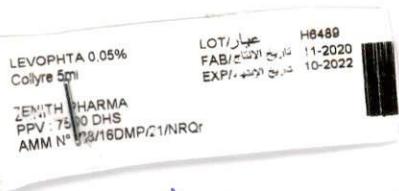
عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون

رئيسة مصلحة طب العيون

بمستشفى سيدى الصوفى سابقا

Casablanca, le .....

11/11/2021



Levophanta 0.05%  
39, Bd Sidi El Mekdad V  
SIDI SOFI, Casablanca, Tél: 0522 265475  
Grand Père à l'Elmada

Laboratório Edol ronic® 24,00 DHS  
1mg/ml Flacon de 5 ml  
\* 6118000120452 \*



Dr. Samira LAZRAK  
OPHTHALMOLOGIST - 2<sup>eme</sup> Etage

175 , Rue Boukrâa (Ex.Rue Jules Maurant et Cuvier) - Casablanca - Tél : 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89

Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél : 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89

E-mail : drsamiralazrak@gmail.com

نظارات أبو العز

**OPTIQUE ABOULIZ**

OPTICIEN AGREE

40, Rue Allal Ben Abdellah  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 27 72 00  
R.C. : 111424 - Patente : 33100505  
I. F. N° : 812057

Casablanca, le 11/11/21

M. <sup>R</sup> CHOUAÏBI  
MOUSTAFA

**FACTURE N°**

Ordonnance de Mr. le Docteur Samira LAZRAK BERRADA

N° de nomenclature correspondants  
à la prescription médicale

	V.L.	V.P.	D.F.
O.D.	/	/	432
O.G.	/	/	432

Prescription { O.D. = AXE 100<sup>2</sup> CYL -1,00 SPH +3,00 ADD +2,50  
O.G. = AXE 95<sup>2</sup> CYL -0,50 SPH +3,00 ADD +2,50

FOURNITURES :

	P.U.	P.T.
1 Montures		900,00
2 Verres V.L. PROGRESSIFS ORGANIQUES BLANCS	2300,00	4600,00
Verres V.P. ANTI-REFLETS 1,6 BORD TRANCHANT		
H.T. TECHNO ø 60		
T.V.A. 20% Soit		
	T.T.C. Total (en DH)	5500,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de Cinq mille Cinq Cent dirhams



