

# 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 cancéreux, 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 cancéreux.

## 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 de caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Industrie Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W19-425479

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2111 Société : RAM (96905)

Actif  Pensionné(e)  Autre : LAZREG Jihed

Nom & Prénom : LAZREG Jihed

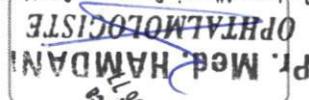
Date de naissance : 13.11.1951

Adresse : 500 Rue NE 74 Hqjifatoh Dufa. C.02

Tél. : 0661736604 Total des frais engagés : Dhs

Tel: 0522 27 67 51 / 46 - Fax: 0522 26 66 77

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 07.11.2021

Nom et prénom du malade : DR. MED HAMDANI

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : DR. MED HAMDANI

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : DR. MED HAMDANI

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : 21.12.2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/11/2021	G95		30000	INPI 2021-11-03 Paiement effectué par le Dr. [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Dr BENHADJ AYARIM</b> Pharmacien Dar Al Salam S2 Opération As-Salam Bata 11-05-22 93 22 37	08/11/21	12400

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																																																																				
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	INP :
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																																																																																																				
<input type="text"/>																																																																																																																																																																				
MONTANTS DES SOINS																																																																																																																																																																				
<input type="text"/>																																																																																																																																																																				
DEBUT D'EXECUTION																																																																																																																																																																				
<input type="text"/>																																																																																																																																																																				
FIN D'EXECUTION																																																																																																																																																																				
<input type="text"/>																																																																																																																																																																				
<p><b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b></p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																									
		H	25533412	21433552																																																																																																																																																																
		D	00000000	00000000																																																																																																																																																																
		B	35533411	11433553																																																																																																																																																																
MONTANTS DES SOINS																																																																																																																																																																				
<input type="text"/>																																																																																																																																																																				
DATE DU DEVIS																																																																																																																																																																				
<input type="text"/>																																																																																																																																																																				
DATE DE L'EXECUTION																																																																																																																																																																				
<input type="text"/>																																																																																																																																																																				

**Docteur Mohamed HAMDANI**

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le :

**الدكتور محمد حمداني**

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابق  
بمستشفيات باريس

Le 8/11/2001  
الدار البيضاء في :

LAZ REG  
Ahmed  
Jenelly

U. progrém  
photodermatoses  
à la lumière bleue

$$OD = (90, -11^{\circ})$$

$$Ou = (90, -21^{\circ}) - 01^{\circ}$$

Vl additi  
ODG = + 0.50 / 46

M. HAMDANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bourgogne - Casablanca  
Rue Imame Alloussi 27/65/46 - Fax : 0522 26 66 77

24 زنقة العروسي الطابق الثالث ( أمام مصحة بدر ) بورگون. الدار البيضاء

05 22 26 66 77 - 05 22 27 67 46 - الفاكس : 05 22 51 / 51

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr), Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

# Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le :

LAZ REQ  
Ahmed

34,00 x 3

Lipomic SV  
1fl x 3 /

22,40

Sans Arrêt

Maxitol 35g (P)

Barcode: 6 118001 070404  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI  
PPV : 22,40 DHS  
406805

124,40 la sp/j / 10j ledm  
Dr BEN HADJIA KARIM  
Pharmacie Dar Assalam  
32 Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 93 22 31

HAMDANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Casablanca  
Bouygues - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 67 46 - Fax : 05 22 26 66 77  
M. 46 - Fax : 05 22 26 66 77

24. زنقة الإمام علي بن أبي طالب الثالث (أمام مصحة بدر) بوركون. الدار البيضاء.

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابق  
بمستشفيات باريس

Le / 2021  
الدار البيضاء في :

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

## Facture



**Facture N° :**  
 899  
**Date :**  
 2021-12-18  
**Client :**  
 LAZREQ AHMED

**MARINA OPTIC**  
 expertoptic1@gmail.com  
 Tel

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	0	-1.50	90	+2.50
VLVPG	-0.75	-2.00	90	+2.50

Nº	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	BOURGEOIS ESPACE DIGITAL REGULAR H-MONTAGE 18MM ACTIVATION 1.5 GRIS	1	1050.00	1050.00
2	BOURGEOIS ESPACE DIGITAL REGULAR H-MONTAGE 18MM ACTIVATION 1.5 GRIS	1	1050.00	1050.00

TVA	20%	Total TVA	350.00
Total HT	1750.00	Net à payer	2100.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

Mode de paiement : ESPECE

deux mille cent Dirhams

MARINA OPTIC - expertoptic1@gmail.com --  
 IF: 26117252 - ICE: 001988389000087 - RC:411911 - TP:35492689- INPE095021788 - CNSS:1138304

RIM  
 Optique  
 Casablanca  
 expertoptic1@gmail.com  
 T: +212 524 10 507 - Casablanca  
 www.expertoptic1.com