

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.

Biologie 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.

Education :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Prothèse :

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

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° S19-0002061

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11759 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAWQUI ABDELLAH Date de naissance : 12/10/1984

Adresse :

Tél. : 0662 777769 Total des frais engagés : 2858,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2022

Nom et prénom du malade : CHAWQUI ABDELLAH Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : 24/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

é s	Cachet et signature du M attestant le Paiement de
--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/03/2022	26900
	14/03/2022	158110

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

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

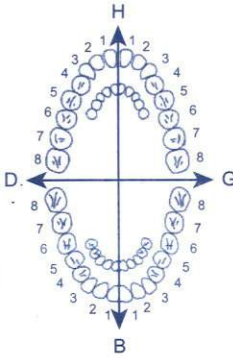
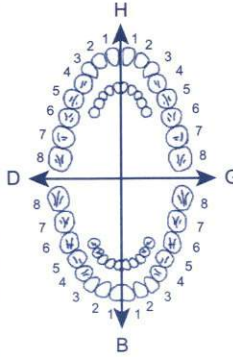
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

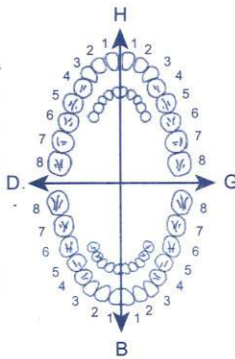
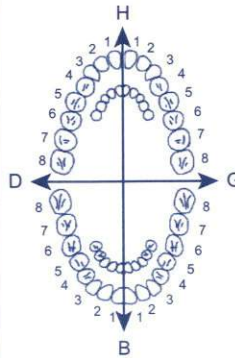
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			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"/>	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				Coefficient DES TRAVAUX								
				Montants DES SOINS								
				Debut D'EXECUTION								
				Fin D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;">H<table><tr><td style="padding: 2px;">25533412</td><td style="padding: 2px;">21433552</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr></table><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;">DG</div><table><tr><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">35533411</td><td style="padding: 2px;">11433553</td></tr></table>B</div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : **14 mars 2022** في :

Mr. CHAWQUI Abdellah

85.10

OTAD DS

une goutte / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

73.00

VITADROP: collyre

1 goutte 4 fois/jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

158.10

Lot N°: 36100631
EXP: 07/2023
ppv: 85DH10

RIMAPHARMA
P.V.C
73.00 DH

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. el Khalil Hay Mly
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

ALAOUI Mohammed
PHARMACIE HAY ABDELLAH
Rue 500, N° 08 - Ain Chock
Hôpital Med Sektar - Casablanca
Tél: 05 22 21 73 64

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com



Optique El Kawakib

Casablanca Le : 14/03/2022
Mr. CHANQUI MOUELLAH

FACTURE N° 14/03

Ordonance de Mr. Le Docteur : MERIEME ZRYAUIL

N° de menciature	
OD =	OD : axe 90° cyl -125 sph -125 add -
OG =	OG : axe 70° cyl -100 sph -200 add -

FOURNITURES	PU	PT
1 Montures PLASTIQUE		10000
2 Verres ORGANIQUE	70000	14000
ANT. REFLET		
ANT. UV BLEUE		
ADAPTEUR		
Total en DH		25000

La présente Facture arrêtée à la somme de : DEUX
MILLE CING CENT THIRNANGS

OPTIQUE ELKAWAKIB
OPTICIER OPTOMETRISTE
164 BD EL FIDA CASA
TEL : 0522 28 11 34

**Payé
en Espèce**

164, Bd El Fida - Casablanca - Tél.: 0522 28 11 34 - GSM: 0661 51 55 95
Messagerie : optique-elkawakib@hotmail.com

R.C. : 111424 - I.N.F. : 812057 - N° CNSS : 107333412 - I.C.E. : 001793313000039

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : **14 mars 2022** في :

Mr. CHAWQUI Abdellah

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Amincis

OD = - 1.75 (- 1.25 à 90°)

OG = - 2.00 (- 1.00 à 70°)

OPTIQUE ELKAWAKIB
OPTICIEN OPTOMETRISTE
164 BD EL FIDA CASA
TEL: 05 22 28 11 34

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. El Khalil Hay M. ly
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com