

# 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

- Reclamation : 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° M21- 040551

112328

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENI Mohamed

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Boissement Zahra rue 8 n° 1

AN 2004 Casa

Tél. : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

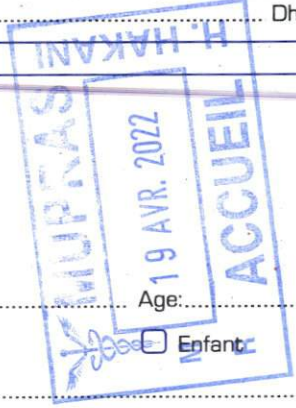
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casa Le : 16 / 04 / 2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### 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 Praticien  | Date des Soins | Nombre |                         |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|-------------------------|----|----|---------------------------------|
|   |                | AM     | PC                      | IM | IV |                                 |
| <b>NOTR'OPTIC</b><br>Angle Bd. Mars et Bd.<br>El Kouds Mag. N°5<br>Imm. Al Majd - Ain Chock - CABA<br>Tel: 05 22 52 59 88 | 16/04/2022     |        | Montures<br>+<br>Verre. |    |    | 2800,00<br>Dhs                  |
|   |                |        |                         |    |    |                                 |
|   |                |        |                         |    |    |                                 |
|   |                |        |                         |    |    |                                 |
|   |                |        |                         |    |    |                                 |
|   |                |        |                         |    |    |                                 |

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées                             | Nature des Soins | Coefficient  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|------------------|--|-------------------------|---------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|   |  |                  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         | MONTANTS DES SOINS  |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b> |                  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                         |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                         | H                   |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  |
|   |  | H                |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  | 25533412         | 21433552   |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  | 00000000         | 00000000   |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  | D                | G  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000  |  | 00000000         |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 35533411  |  | 11433553         |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| B   |  |                  |  |                         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  | 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

# Notr Optic

Opticienne optométriste

Visagiste

Opticienne optométriste  
Contactologiste

Angle Bd 2 Mars & Bd El Qods.  
Mag N°5 Imm. Al Majd (À Côté  
de Al Inara) Ain chok-Casa  
Tél : + 212 (0) 522 52 59 88  
: +212 (0) 6 80 08 52 40

Facture

0005770

N°Identification : 02202896

Patente : 34062115

R.C. : 127047

ICE: 00003733500006

Nom et Prénom :

AKKAZENE Mohamed

Date

46.04.2022

Vision de Loin

OD : Sph +0,50 Cyl

OG : Sph +0,75 Cyl -0,50 à 181°

Vision de Près

OD : Sph +3,00 Cyl

OG : Sph +4,00 Cyl -0,50 à 181°

Double Foyer

OD : Sph Cyl

ADD :

OG : Sph Cyl

ADD :

| Quantité   | Désignation                       | Prix             |
|--|-----------------------------------|------------------|
| -  | Monture : Optique Vision de loin  | 700 dh           |
| -  | Monture : Optique Vision de près  | 400 dh           |
| -  | Verre Verre organique Anti-reflet | 1200 dh          |
| -  | Verre Verre organique Anti-reflet | 500 dh           |
| Montant en lettres : Deux mille huit Cent Dinars |                                   | Total 2800,00 dh |

Cachet & Signature :

NOTR OPTIC  
Angle Bd. 2 Mars et Bd.  
El Qods - Mag. N°5  
Imm. Al Majd - Ain Chock - CAS  
Tél : 05 22 52 59 88

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

*Al Qods Californie*

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**

*(القدس كاليفورنيا)*

**الدكتورة حنان مزوز**

*(أخصائية في أمراض وجراحة العيون)*

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو  
العدسات الصلبة واللينبة  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le jeudi 27 janvier 2022

**Monsieur AKKAZENE Mohamed**

1°) Une Monture pour la Vision de LOIN :

OEIL DROIT : + 0,50

OEIL GAUCHE : + 0,75 (- 0,50 à 171°)

2°) Une Monture pour la Vision de PRES :

OEIL DROIT : + 0,50 + Add 2,50

OEIL GAUCHE : + 0,75(- 0,50 à 171°)+ Add 2,50

Verres organiques , anti reflets

Respectez le centrage SVP

**NOTR'OPTIC**  
Angle Bd. 2 Mars et Bd.  
El Qods - Mag. N°5  
Imm. Al Majd - Ain Chock - CASA  
TEL : 05 22 52 59 88



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421