

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-708256

728852

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 2765 Société : MUPRAS			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : SOUSSI Bahia			
Date de naissance : 1949			
Adresse : Avenue Driss Slama Rue Bouzgara N'Zouka 5 Casablanca			
Tél. : 06 61 38 06 95 Total des frais engagés : 480 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr Samira LAZRAKI OPHTHALMOLOGISTE 175 Rue Bouzgara - CASABLANCA Tel. : 0522.48.36.85			
Date de consultation : 10/08/2022			
Nom et prénom du malade : SOUSSI Bahia			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Age : 76 Ans			
Nature de la maladie : Céptose			
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 : 09/08/2022			
Signature de l'adhérent(e) :			

10 AOUT 2022  
H. HAKANI

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
05/08/2022 CG	1		30000	INP : 09199345 Dr Samira LAZRAK D. OPTALMOLOGISTE 175, AV. SIDI EL MANSOUR 33000 CASABLANCA TÉL : 0524 24 36 27
09/08/2022 CG	1		0	

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>(Handwritten signature)</i>	05/08/22	22.00	
	05/08/22	5.00	
		27.00	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	B		35533411												
	G	00000000	11433553												
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

# 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 بمونبولي

حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون

رئيسة مصلحة طب العيون

بمستشفى سيدى الصوفى سابقا

Casablanca, le .....

05/08/2022 -

Dr Samira Berrada

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088  
LOT: 01/24  
FAB: 01/24  
EXPI: 01/25  
PPV: 58,00 DH

58.00

- 1

PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Houssein HASSOUCHE  
60 Avenue Jantan 8<sup>e</sup> La Corniche  
CASABLANCA Tel. : 05 22 36 35 30



Indoclyre



1 1/2 ml

Dr. Samira LAZRAK B.  
OPHTALMOLOGISTE  
175, Rue Boukrâa - Casablanca  
Tel.: 05 22 48 36 86 66 69



175. زنقة بوكرا (زنقة جول مورو وكوفي سابقا) إقامة حسام جاسم الطابق الثاني - شقة رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 48 36 86 - الفاكس: 05 22 48 36 89

175 , Rue Boukrâa (Ex.Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim - 2<sup>ème</sup> Etage

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

# 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 بمونبولي

حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون

رئيسة مصلحة طب العيون

بمستشفى سيدى الصوفى سابقا

Casablanca, le

051 08 | 2022 -

Dr. Samira Berrada

766

PHARMACIE EDEN RACHID  
Dr. Hanan HAROUCHA  
0522 48 36 89 - 0522 48 36 86

- Allergostat

sol

05 G



246

utte 25

05 G

- Frankistar

17 d mis

268

utte 3



269

Frankistar

Dr. Samira

10

نوع: جملة رقم: 175 - العنوان: 175، شارع جبل الطارق، حي العروبة، الدار البيضاء - المغرب - 10000 - الهاتف: 0522 48 36 89 - المfax: 0522 48 36 86

175 , Rue Boukrâa (Ex.Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim 2ème Etage  
Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca . Tel.: 0522 48 36 86 - Fax: 0522 48 36 89  
E-mail : drsamiralazrak@gmail.com

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 76DH60

FRAKIDEX عبار  
Collyre 5ml تاريخ الإنتاج  
ZENITH PHARMA صدور الإنتاج /  
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ EXP/  
  
6118001270118 PPV : 24,60 DHS

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM