

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-656528

126268

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : A3309

Matricule : A3309 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ZOUHİR MOHAMED HAMZA

Date de naissance : 17/11/1991

Adresse : SECT 18 DES NARJIS AL HAYKIMO RABAT

Tél : 0661975627 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef ZEKRAOUI  
Ophtalmologiste  
AGREÉ VISITE MEDICALE PERMIS DE CONDUIRE  
146, Secteur 3, Oulad Mtaa, Témara  
INPE : 131190712

Date de consultation : 20/05/2022

Nom et prénom du malade : MOHAMED HAMZA ZOUHİR Age : .....

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

Nature de la maladie : SD Sec

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 : Témara

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



[illegible]

26/07/2022 C<sub>2</sub> 300DH INP: steel polymos CMS DE Té

**INP :**

SALE PERMITS

OT. OP/CA/190712

13117

SPÉCIFIQUE VISUEL : SOCIÉTÉ INPE : 2

AGRE 146.5

[illegible]

Montant de la Facture

[illegible]Montant  
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

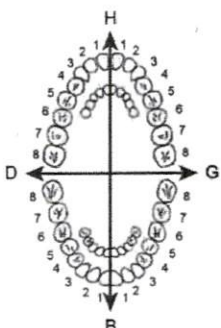
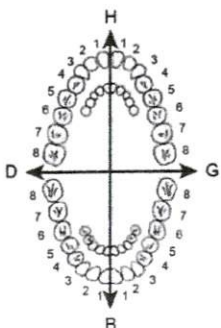
Montant détaillé  
des Honoraires

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

**Important :**

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

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature d	
Soins	

Coefficient

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTALES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

2553341

12 | 21433552

1

- C

00000000

00 | 00000000

3553341

11 11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Sanae IDRISSE ALAMI

د. سناء إدريسي علمي

Ophthalmologiste

مستبيبة لخصائية في طب وجراحة العيون

Spécialiste des maladies de la Cornée  
du Glaucome et de la Cataracte

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat et Paris

Ancienne interne au centre hospitalier national  
d'ophtalmologie 15-20 (Paris)

Diplôme de formation médicale spécialisée  
en ophtalmologie (université Paris VI)

Diplôme inter-universitaire de cornée (Paris V)

DIU de surface oculaire (Tours)

DU de contactologie (Versailles)

DIU de chirurgie réfractive et phacoémulsification  
(Bordeaux)



Centre ophtalmologique  
les Oudayas

Dr Youssef ZEKRAOUI

د. يوسف زكراوي

Ophthalmologiste

مستبيبة لخصائي في طب وجراحة العيون

Spécialiste des maladies de la Rétine,  
Neuro-Ophtalmologie et Ophtalmo-Pédiatrie

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

Diplôme universitaire en imagerie  
et pathologie rétinienne (Université Paris VII)

Diplôme inter-universitaire en chirurgie  
vitréorétinienne (Université de Bordeaux)

Diplôme universitaire de contactologie  
(Université de Versailles)

20/05/2022

Mr. ZOUHIR Mohamed Hamza

Diagnostic : Trou atrophique rétinien (OD 6h)

Acte : LASER ARGON MONOSPOT

Dr. YOUSSEF ZEKRAOUI

Ophthalmologiste

Centre Ophtalmologique Les Oudayas

146 Secteur 3, Oulad Mtaa, Témara

INPE 131190712

Immeuble 146, Rue Arfoud, Hay les Oudayas (Guich Loudaya), Témara

05 37 56 09 10 / 06 66 48 45 41  ophtalmologie.lesoudayas@gmail.com

Dr Sanae IDRISSE ALAMI

د. سناء إدريسي علمي

Ophtalmologiste

مستشارة متخصصة في أمراض وجراحة العين

Spécialiste des maladies de la Cornée  
du Glaucome et de la Cataracte

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat et Paris

Ancienne interne au centre hospitalier national  
d'ophtalmologie 15-20 (Paris)

Diplôme de formation médicale spécialisée  
en ophtalmologie (université Paris VI)

Diplôme inter-universitaire de cornée (Paris V)

DIU de surface oculaire (Tours)

DU de contactologie (Versailles)

DIU de chirurgie réfractive et phacoémulsification  
(Bordeaux)



Centre ophtalmologique  
les Oudayas

Youssef ZEKRAOUI  
د. يوسف زكراوي

Ophtalmologiste  
مستشارة متخصصة في أمراض وجراحة العين

Spécialiste des maladies de la Rétine,  
Neuro-Ophtalmologie et Ophtalmo-Pédiatrie

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

Diplôme universitaire en imagerie  
et pathologie rétinienne (Université Paris VII)

Diplôme inter-universitaire en chirurgie  
vitréorétinienne (Université de Bordeaux)

Diplôme universitaire de contactologie  
(Université de Versailles)

Témara, Le 20/05/2022

## NOTE D'HONORAIRES

FC22050237

**Mr. Mohamed Hamza ZOUHIR**

INTITULE	PRIX
Consultation +FO	300,00

Arrêter la présente note d'honoraires à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS

Dr Youssef Zekraoui	INPE : 131190712	Dr Sanae Idrissi Alami	INPE : 101235869
---------------------	------------------	------------------------	------------------

**Dr. Youssef ZEKRAOUI**  
Ophtalmologiste  
AGRÉÉ VISITE MÉDICALE PERMIS DE CONDUIRE  
146, Secteur 3, Oulad Mtaa, Témara  
INPE : 131190712

Immeuble 146, Rue Arfoud, Hay les Oudayas (Guich Loudaya), Témara

05 37 56 09 10 / 06 66 48 45 41 ophtalmologie.lesoudayas@gmail.com