

## 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

- 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.

**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° P19- 052260

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6183 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAYDOURI Kamal

Date de naissance : 18/07/61

Adresse : Quartier des Horloges Angle Etta et Provenc

Boite 11 Cas

Tél. : 06 61339012 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 4 AOUT 2022

Nom et prénom du malade : BAYDOURI INESS Age : 18 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Consultation ophtalmologique

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 : 08 / 09 / 22

Signature de l'adhérent(e) :





### 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
4 AOUT 2022	CS + FO		3501H	Dr. Zineb LAZARK Spécialiste en Ophtalmologie Tél. : 05 22 47 53 90

### 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	
Actuel Optic Opticien - Lunetier Tél: 0522 99 31 29	27/08/22					3860,00 DM

### 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	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <b>B</b>            00000000            35533411  <b>B</b> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**DR. ZINEB LAZRAK**

**SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE**

Lauréat de faculté de médecine de casablanca  
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte  
Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie réfractive  
Contactologie  
Maladies rétinienne  
Angiographie numérisée  
OCT - Laser - Topographie cornéenne



**الدكتورة زينب الأزرق**

**اختصاصية طب و جراحة العيون**

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرت فرنسا

جراحة الجلالة  
طب عيون الأطفال  
تصحيح البصر  
العدسات اللاصقة  
أمراض الشبكية  
فحص و تصوير شبكية العين  
اللازر - فحص القرنية

Casablanca le : **24 août 2022**

**Mlle BAYDOURI Iness**

Monture + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 3.75 ( - 0.50 à 168°)

OG = - 3.25 ( - 1.00 à 176°)



ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3<sup>ème</sup> Etage N°5 ( à côté de renault ) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني : dr.lazrakzineb@gmail.com - Email : 0660 46 15 70 - Urgence :



# Actuel Optic

TOUT NOTRESAVOIRFAIRE POURVOUS SATSFAIRE

## Facture

DATE : 27/08/2022

NOM ET PRENOM

Mlle Baydouri Imess

Facture N° : 303/22

Désignation	Quantité	Unité	Prix unitaire	Total
Monture	1	u	700,00	700,00DH
Verses org AR Anti Bleue: OD: - 3,75 (-0,50 à 168°) OG: - 3,25 (-1 à 176°)	2	u	1580,00	3160,00DH
MONTANT TTC à 20% DE TVA INCLUDE				3860,00DH

