

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9275

Société : CAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben ALI NAJAT

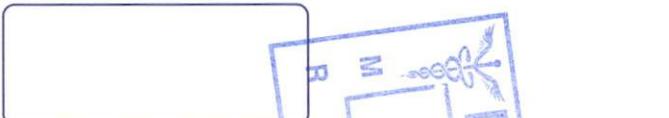
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W21-725391

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5275** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **BENALI NAJAT**

Date de naissance : **1958**

Adresse :

Tél. : **06 51 82 74 43** Total des frais engagés : **2834,00 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12 SEPT 2022**

Nom et prénom du malade : **BENALI NAJAT** Age : **64**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Consultation ophtalmologique**

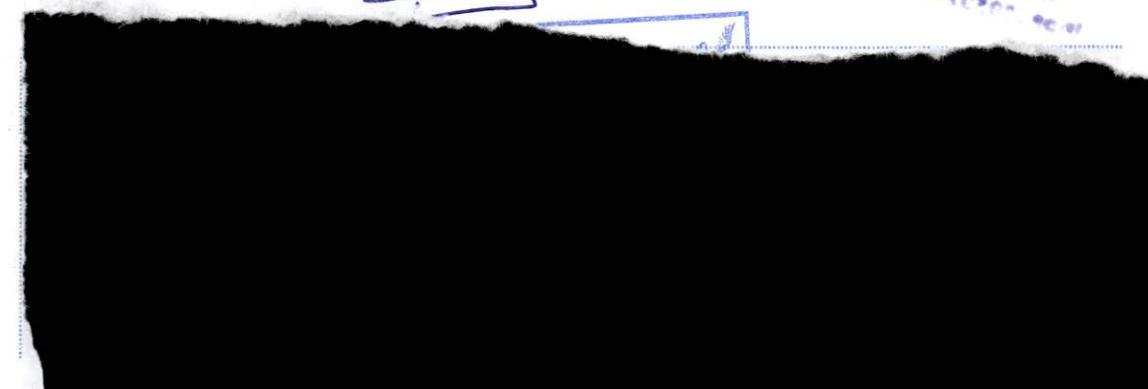
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **17 SEP. 2022** Le : **17 SEP. 2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Benali**



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
12/07/2022	CS + FO	350DH	350DH	INP : 091184567

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nationale Distributeur en pharmacie 72 - 73, rue de la République 72 - 73, rue de la République	02/08/2022	84,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
Lentille Rennet Youssef HOUSSADI Opticien Optométriste 1ère Résidence Altair Avenue Bab - Oulfa Casablanca 05 20 01 12 92	Le 03-09-92					2400	

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> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> 		
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel: Therapeutique: nécessaire à la profession		
		Montants des soins <input type="text"/>		
		Date du devis <input type="text"/>		
		Date de l'exécution <input type="text"/>		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>				

# DR ZINEB LAZRAK

## SPÉCIALISTE EN OPHTHALMOLOGIE

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 rétinianes  
Angiographie numérisée  
OCT - Laser - Topographie cornéenne



## الدكتورة زينب الأزرق

### اختصاصية طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكة العين

الالزر - فحص القرنية

Casablanca le :

02 septembre  
2022

Mme BENALI Najat

### 1/ HYLOGEL

1 application 2 à 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

### 2/ NAABAK COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

84,00



ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قر

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

البريد الإلكتروني : dr.lazrakzineb@gmail.com



# DR ZINEB LAZRAK

## SPÉCIALISTE EN OPHTHALMOLOGIE

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 rétiennes  
Angiographie numérisée  
OCT - Laser - Topographie cornéenne



## الدكتورة زينب الأزرق

### اختصاصية طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص وتصوير شبكي العين

الليزر - فحص القرنية

Casablanca le : 02 septembre  
2022

Mme BENALI Najat

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = + 2.75 (- 0.50 à 58°)

OG = + 2.50 (- 0.25 à 107°)

VP : ODG = Add : + 2.50

~~Lenfile Reflet~~  
Youssef HOUBBADI  
Opticien Optométriste  
Rdc Residence Alfaraj Avenue  
Abou Rakrak - Oulfa Casablanca  
Télé : 095021408 / Fixe : 05 20 01 14 52

Dr ZINEB LAZRAK  
Spécialiste en Ophtalmologie  
4,5, Casablanca  
Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3ème Etage N°5 ( à côté de renault ) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

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

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

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



Parce que la vision est le reflet de votre identité

Mme BENALI NAJAT

FACTURE N° : 376

DATE : 03-09-22

Désignation	Qté	Prix Unit.	Valeur	TVA
OD : VERRE ORGANIQUE ANTI-REFLET PROGRESSIF	1	800	800	20%
OG : VERRE ORGANIQUE ANTI-REFLET PROGRESSIF	1	800	800	20%
MONTURE OPTIQUE	1	800	800	20%
VL : OD = +2.75 ( -0.50 à 58°) OG = +2.50 ( -0.25 à 107°)				
VP : ODG = Add : +2.50				
Total	3		2400	

**Lentille Reflet**  
Youssef HOUBBADI  
Opticien Optométriste  
Rdc Residence Alfaraj Avenue  
Abou Rakrak - Oulfa Casablanca  
npe : 095021408 / Fixe : 05 20 01 14 32

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.
2000.00	400.00	2400

RDC Résidence Alfaraj Avenue Abou Rakrak - Oulfa - Casablanca

R.C : 424307 - Patente : 31200643 - IF : 33650582 - CNSS : 1366523 - ICE : 002210501000088

Tél : 06 73 89 86 23 - E-mail : lentille.reflet@gmail.com