

# 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

M22- 0025219

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467 Société : MUPRAS  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : MOUMEN BRAHIM 138986  
Date de naissance : 01.06.1954  
Adresse : n°14 lot el HARES HAY MY RACHID CAD  
Tél. : 0664941231 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 24/11/2022  
Nom et prénom du malade : MOUMEN BRAHIM Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Anétropie  
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 : 15/11/2022  
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/11/22        | CS                |                       | 2000                            | <i>(Signature)</i>   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>(Cachet: Abdelah BEN ALAH, Docteur en Pharmacie, 26 Av. Saïd Abou Jemaa - Casa - Tél. : 022 74 00 65)</i> | 15/11/22 | 288,20                |

### 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 |                                 |
| <i>(Cachet: A-D Optic, Opticien Optométriste, Rue rguibate Casa)</i> | 15/11/22       |        |    |    |    | 2000                            |
|  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | <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 |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | 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 <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 Ez Zahraoui Manal

**Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique**



# الدكتورة منال الزهراوي

**طب و جراحة العيون  
لللكبار و الصغار**

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris

Praticien attaché à l'hôpital Cheikh Khalifa bin Zayed

Ancien Médecin au CHU de Rabat

Ancien Médecin au CHU de Bruxelles

Diplômée en Ophtalmologie Pédiatrique et Strabologie  
de l'université de Marseille

Diplômée en Imagerie rétinienne, prise en charge du Glaucome  
et adaptation en lentilles de contact des Universités de Paris

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة ملحقة بمستشفى الشيخ خليفة ابن زايد

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بروكسيل

دبلوم في طب عيون الأطفال و الحول بجامعة مرسيلا

دبلوم في أمراض الشبكية و المياه الزرقاء و تعديل

العدسات اللاصقة بجامعة باريس

**14 novembre 2022**

Casablanca, le .....

**Mr. MOUMEN Brahim**

(144.10)x2  
**VISMED**



1 goutte 4 fois/ jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

T = 288,20



Dr. EZ-ZAHRAOUI MANAL  
Spécialiste en ophtalmologie  
N°P: 091249755



VISMED® MULTI



## INSTRUCTIONS FOR USE

### VISMED® MULTI

Sodium hyaluronate from fermentation 0.18 %.

#### Lubricant eye drops.

Sterile, free from preservatives.

#### Composition:

1 ml solution contains sodium hyaluronate 1.8 mg, sodium chloride, potassium chloride, disodium phosphate, sodium citrate, magnesium chloride, calcium chloride and purified water. The solution is hypotonic.

#### Indications:

For lubrication of the eyes in case of sensation of dryness, burning and ocular fatigue and other minor complaints of no pathological significance induced, for example, by dust, smoke, dry heat, air conditioning, wind, cold, extended computer screen use or contact lens wear (rigid or soft).

#### Contra-indications:

Individual hypersensitivity to any constituent of the product.

#### Lubricant eye drops

often as needed. After blinking, the solution forms a transparent and long lasting coat on the eye. VISMED® MULTI may also be used with contact lenses (rigid or soft).

#### Precautions:

Do not touch the tip of the opened container and do not touch the surface of the eye with the tip of the opened container. Put the protective cap back on after using VISMED® MULTI. Do not use VISMED® MULTI if the container is damaged. VISMED® MULTI can be used up to 3 months after first use. Any solution not used within 3 months after opening must be discarded. Otherwise the sterility is no longer guaranteed and this may be associated with a risk of infection.

Store below 30 °C! Do not use VISMED® MULTI after the expiry date indicated on the container and the folding box. If discomfort persists while using VISMED® MULTI consult a physician. Keep out of reach of children.

#### Characteristics and mode of action:

VISMED® MULTI contains sodium hyaluronate, a natural polymer, which is also present in the structures of the human eye.

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Inoué  
El Aouan 20500 Casablanca

**P.P.C: 144.10**

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Inoué  
El Aouan 20500 Casablanca

**P.P.C: 144.10**

**Dr Ez-Zahraoui Manal**  
**Spécialiste en Ophtalmologie**  
**Adulte et Pédiatrique**



**الدكتورة منال الزهراوي**  
**طب و جراحة العيون**  
**للكبار و الصغار**

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris  
Praticien attaché à l'hôpital Cheikh Khalifa bin Zayed  
Ancien Médecin au CHU de Rabat  
Ancien Médecin au CHU de Bruxelles  
Diplômée en Ophtalmologie Pédiatrique et Strabologie  
de l'université de Marseille  
Diplômée en Imagerie rétinienne, prise en charge du Glaucome  
et adaptation en lentilles de contact des Universités de Paris

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس  
طبيبة ملحققة بمستشفى الشيخ خليفة ابن زايد  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببروكسيل  
دبلوم في طب عيون الأطفال و الحول بجامعة مرسيليا  
دبلوم في أمراض الشبكية و المياه الزرقاء و تعديل  
العدسات اللاصقة بجامعة باريس

**14 novembre 2022**

Casablanca, le .....

**Mr. MOUMEN Brahim**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets

VL : OD = - 1.25 (- 1.00 à 105°)

OG = - 2.00 (- 0.50 à 100°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75

**M-A-D Optic**  
**Opticien Optométriste**  
63 Rue Iguibate Casa

**Dr. EZ-ZAHRAOUI MANAL**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
INPE: 091249755



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° :

1214821

Casablanca, le 15/11/22

Mme / Mr : Moumen Brahim

Dr : Manal ezzahraoui

VL

VP-Add

OD : 1,25 (1,00 à 1,05°)

OD : Add : +2,75

OG : 2,00 (0,50 à 1,00°)

OG : Add : +2,75

Monture

Verres

optique Metal x2

org AR VL + org AR VP.

400,- DH

1600,- DH

Total à payer : 2000,- DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille

Dhs

M-A-D Optic  
Opticien Optometriste  
63 Rue rguibate Casa

Cachet et signature