

## 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

M22- 0009833

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6572

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GHALI

SOUAD

Date de naissance : 10/10/61

Adresse : Résidence Amani I Rue Mohamed Vignani  
Appt 19 Franceville

Tél. : 0661165824

Total des frais engagés : 3750

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2022

Nom et prénom du malade : EL GHALI SOUAD

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer Hôte Américain

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
20/09/12	AS	1	250 dh	

# 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

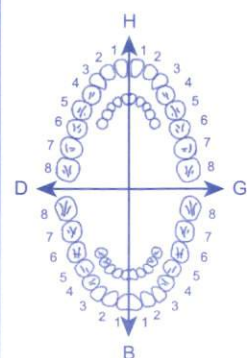
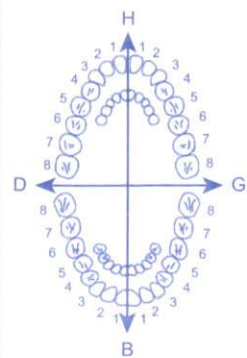
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	17/10/12				
	18/10/12				
	20/10/12				

# 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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

RC : 337929

IF : 152941111

ICE : 000112884000066

Le : 47/12/2022

M : SOUAD EL GHALI

Type des verres : PROGRESSIF ORNA  
AR BLUE

Monture : OPTIQUE 400,000

Vision de loin :

OD Axe 105 Cyl -0.25 Sph +1.25 1.250.000

OG Axe 70 Cyl -1.00 Sph +1.25 1.250.000

Vision de Près :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph .....

OG Axe ..... Cyl ..... Sph .....

**MAFHOUM**  
6, Bis Rue OPTIC S.A.R.L.  
Casablanca Tél : 06 63 78 91 91  
IF : 05 29 41 111 - R.C : 337929  
ICE : 000112884000066

Add 006 +2.50

Montant : TOTAL 3500.000



Docteur ZENJOURI Mariame

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste en Ophtalmologie  
Chirurgie Cataracte, Paupières et voies lacrymales  
Rétine : Angiographie - OCT - Laser  
Strabisme : Rééducation - Chirurgie



الدكتورة الزنجوري مريم

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة الجلالة، الجفن و المسالك الدمعية  
طب الشبكية : التصوير والعلاج بالليزر  
علاج الحول : الترويض و الجراحة

Casablanca, le .....

le mardi 20 septembre 2022

Souad EL GHALI

- Une Monture :

- Verres PROGRESSIFS :

OEIL DROIT : +1,25 (-0,75 à 105°) Add 2,50

OEIL GAUCHE : +1,25 (-1,00 à 70°) Add 2,50

Bien respecter le centrage SVP

Verres Traités Anti-Reflets

MAFHOUM  
OPTIC S.A. R.L.  
16 Rue Ibn Hajar Av 2 Mars  
Casablanca Tel : 052941111 R.C. 337929  
ICE : 000112884000066

الدكتورة الزنجوري مريم  
Dr. ZENJOURI Mariame  
Ophtalmologiste  
Tel : 05 22 70 47 81 - 06 66 39 22 17

Tél : 05 22 70 47 81

**CABINET D'OPHTALMOLOGIE**

GSM : 06 90 82 45 15

شارع محمد البقالي تجزئة جوهرة، جزء D2 الطابق الأول، رقم 4 سيدي مومن - الدار البيضاء  
Bd Mohamed Al Bakkali Lot. Jawhara, Imm. D2 - Appt 4, 1<sup>ère</sup> Etage - Sidi Moumen