

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

**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- N° 000637

Optique 146 190  Autres

### Maladie

### Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01697 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : BELBEIDA Mohammed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : BP 12614 HAY HASSAN CAPADLANEA

Tél. : 0662026473 Total des frais engagés : 2090 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Belbeida Fikri Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie d'oeil

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 : CASABLANCA Le : 20/01/2013

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
19/01/2023			Gratuite	KI MOUNA Gynéco-Obstétricienne et Enfants Lot. Sidi Kbaâdji Hassania Télé: 22.90.15.00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>OPTIQ'AVICENNE</b> 202, Bd. Ibn Sina - Hay EL H'." 20.200 - CASABLANCA Tél: 05 22 34 68-00 <b>INPE</b>	20/01/23			Atte vetus #	2000 #	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### **Important :**

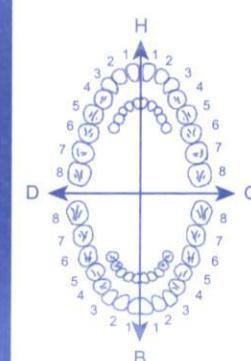
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

<b>Coefficient</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	<input type="text"/>
	<b>MONTANTS DES SOINS</b>	<input type="text"/>
	<b>DEBUT D'EXECUTION</b>	<input type="text"/>
	<b>FIN D'EXECUTION</b>	<input type="text"/>
<b>EFFICIENT</b> E 62 00 G 00 53  onction] re à la profession	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	<input type="text"/>
	<b>MONTANTS DES SOINS</b>	<input type="text"/>
	<b>DATE DU DEVIS</b>	<input type="text"/>
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b>	<input type="text"/>

**OPTIQ'AVICENNE**  
202, Bd. Ibn Sina - Hay EL H  
20.200 CASABLANCA  
Tél: 05 22 94 68 00



INPE

09501598

**OPTICIENNE - OPTOMÉTRISTE  
ADAPTATION DE LENTILLES  
DE CONTACT**

**FACTURE N° 0001192**

Casablanca, le :

20/01/2023

M : Belbeida Hicham.

QUANTITÉ	DÉSIGNATIONS	MONTANT
	ORD. De Zakri Anna du 19/01/23	
01	Porte A 1	700,
02	Velles lunettes BPaires Anti-Reflet Anti Uvèr Annis libzupol d65/20	
	01 407	695,
	06 407	695,
Arrêtée La présente facture à la somme de		<b>Montant T.T.C</b>
soit Total de deux mille quatre cent dix DHS.		<b>2090,</b>

**Dr Mona ZAKI**

**Spécialiste en Ophthalmologie**

**Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

**Chirurgie des Yeux**

DIU D'Imagerie et de pathologies rétinienennes  
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

Casablanca, Le :

19/11/2023

**الدكتورة منى زكي**

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقاً

خريجة كلية الطب

والصادقة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فرساي

دبلوم العدسات الاصنفية بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

الدار البيضاء، في :

Belbeida Hicham

Lenses

OP

OP

from N

antireflet

-1 (-1 à 170°)

-1 (-1 à 10°)



05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18, تجزئة سعد الخير شارع 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lottissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay

Hassani - Casablanca