

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-679850

146610



|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie          | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)            |                                       |   |                                 |
| Matricule : 13185                         | Société : RAM                         |   |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom : BOUGRINE ZAKARIA           |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 23/10/1992            |                                       |   |                                 |
| Adresse : Sidi Maârouf, Casablanca        |                                       |   |                                 |
| Tél. : 0662781889                         |                                       | Total des frais engagés : 5650,00 Dhs       |                                 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin   |  |  |  |
| Cachet du médecin  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Date de consultation : 10/01/23  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : BOUGRINE ZAKARIA Age: .....  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |  |  |  |
| Nature de la maladie : Affection oculaire  |  |  |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. AMIR Fatiha, Ophthalmologist, Res. Loubna 1 - Etg. 1 - N°2, Boulevard Sidi Maârouf, En face de Jamaâ Al Adarissa, Tel: 05 22 78 45 46-IMPE: 091032532 |  |  |  |
| 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.

Le : 17/01/2023

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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  |
| 19/09/23                       | 210               | 1                     | 2500DA                          | INP : 0991934534<br>Dr AMIR Fatima<br>Ophtalmologie<br>Rés. Laubna 1 - Etg.1 - N°2<br>Téléphone : 0524 42 00 00 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX   |                   |        |    |    |                                    |
|--|-------------------|--------|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien                                      | Date des<br>Soins | Nombre |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|  |                   | AM     | PC | IM |                                    |
| IZKI OPTIC<br>PARTICIPANT OPTOMETRISTE<br>13<br>101<br>01<br>093<br>0472 | 13                |        |    |    | 5400-DH                            |

## 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<br>Traitées  | Nature des<br>Soins       | Coefficient                                  | INP : <input type="text"/>                   |
|----------------------------|--|---------------------------|--|--|
|                            |  |                           |  |  |
|                            |  |                           | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|                            |  |                           |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                            |  |                           |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                            |  |                           |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
| ODF<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                           |  |  |
|                            | H<br>25533412<br>00000000  | G<br>21433552<br>00000000 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| D<br>00000000<br>35533411  | B<br>00000000<br>11433553  |                           | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |
|                            |  |                           | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |
|                            |  |                           | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |
|                            | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |  |  |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Dr. FATIMA AMIR

## Spécialiste en chirurgie et maladies des yeux

- Lauréate de la faculté de Médecine et de pharmacie Casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital 20 Août Casablanca
- Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'Hôpital Hassan II Khouribga
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital Sekkat
- Membre de la société française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification
- Chirurgie de Glaucome, Chirurgie de Strabisme
- Chirurgie réfractive (Lasik) - Ophtalmo-pédiatrie
- Laser - Angiographie rétinienne - OCT - Echographie Oculaire...

طبيبة مرخصة لأداء

ال Shawahed الطبية

لرخصة السياقة

- Diplômée en imagerie et maladies rétiennes à la faculté de médecine Lariboisière (Paris Sorbonne)

- Diplômée en Chirurgie réfractive et Phacoémulsification à l'université de Toulouse III

- Diplômée en ophtalmologie-pédiatrique et strabologie avancée à la faculté de médecine Nantes

- Diplômée en Adaptation de lentilles de contact à l'Université Bordeaux II

INPE 091032532



# الدكتورة فاطمة عامر

## طبيبة اختصاصية في طب وجراحة العيون

• خريجة كلية الحسن الثاني للطب والصيدلة

• طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

• طبيبة عيون سابقاً بمستشفى 20 غشت

• رئيسة قسم طب العيون سابقاً بمستشفى الحسن الثاني خريبكة

• طبيبة عيون سابقاً بمستشفى السقاط

• عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

• متخصصة في جراحة الجلالة وتصحيح النظر بالليزر من جامعة السريون بباريس

• متخصصة في علاج أمراض شبكة العين من جامعة السريون بباريس

• متخصصة في علاج وجراحة الحول وطب عيون الأطفال من جامعة نانت بفرنسا

Casablanca, le

15.01.23  
الدار البيضاء، في

### Ordonnance

Bouygues Z khalil

L +4.00

D = +4 (-3) 30

O = +5 (-4,25) 145

Warki - Neflet

Ammainy

RIZKI OPTIC  
OPTICIEN OPHTALMOLOGUE  
N°142 - LOT 10 - SIDI MAAROUF - CASABLANCA  
Tél : 0622 97 34 72

تجزئة لبني 1، إقامة لبني رقم 1 طريق 1100 - سidi معروف (أمام مسجد الأدarsa)

الهاتف: 05 22 78 45 46 / 06 70 65 77 33  
docteuramirfatima@gmail.com

# RIZKI OPTIC



Facture N° 0043/2023

LE: 13/01/2023

Client: Mr. BOUGRINE ZAKARIA

|            | SPHERE | CYLINDRE | AXE  | ADDITION |
|------------|--------|----------|------|----------|
| ŒIL DROIT  | +4.00  | -3.00    | 30°  |          |
| ŒIL GAUCHE | +5.00  | -4.25    | 145° |          |

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : ORGANIQUE ANTIREFLET

AVEC FILTRE BLEU

Montant de la vision de loin :

|            |      |
|------------|------|
| ŒIL DROIT  | 2300 |
| ŒIL GAUCHE | 2300 |
| MONTURE    | 800  |

Vision de prés :

Monture :

Verre :

Montant de la vision de prés

|            |  |
|------------|--|
| ŒIL DROIT  |  |
| ŒIL GAUCHE |  |
| MONTURE    |  |

PRIX T.T.C : 5400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de **Cinq mille**  
**quatre cent Dirhams**

**RIZKI OPTIC**  
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE  
N°142 - LOT DANDOUNE  
SIDI MAAROUF - CASABLANCA  
Tél : 0522 97 34 72

142, LOT Dandoune - Sidi Maârouf - Casablanca. Tél : 05 22 97 34 72

Patente : 36125956 IF : 20798514 RC : 431448

ICE : 001957304000041

