

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-772162

147698

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1368</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>TAZGUI LHOU</u>			
Date de naissance : <u>30.6.1948</u>			
Adresse : <u>lot TADAMOUN, Rue 9, n°31 oufqa Casablanca</u>			
Tél. : <u>06.32.80.5614</u>			Total des frais engagés : <u>542,50</u> Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <u>Tazguilhou</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Maladie Oculaire</u>	
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 Frais
18/11/2022	\$		300.00	Dr Mona ZAKI INP : 0941184481 Ophtalmologiste Inp : 0941184481

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RESIDENCE ANNAIN Sihani GUERRAOUI Docteur en Pharmacie Résidence Annaine Oujda Tél: 022.83.43.00 - Casablanca	18/11/22	242.50

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIN  
Sihani GUERRAOUI  
Docteur en Pharmacie  
Résidence Annaine Oujda  
Tél: 022.83.43.00 - Casablanca

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
<img alt="Dental chart diagram showing upper and lower arch				

**Dr Mona ZAKI**

**Spécialiste en Ophtalmologie**

**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 rétiniennes  
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 :

**الدكتورة منى ذكي**

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفي ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلانية الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

**جراحة العيون**

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

دار البيضاء، في :

**18 novembre 2022**

**Mr. TAZGUL Lhou**

1/ NAVIBLEF



intensive care

1 app x 2 par jour pd 15j  
puis 1 app par jour pd 1 mois

2/ LEVOPHTA COLLYRE



1 goutte x2/j, 1 Mois

3/ FLUCON



1 goutte x 3, 10 jours

4/ OCUYAL GEL



1 app x 4 à 5, 3 Mois

PHARMACIE RESTAURANTE ANNAM  
Boulevard Saïd El Khair - 10  
Résidence 54-52 - Anfa - Casablanca  
Tél: 922.69.43.09 - Casablanca



Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

**ISOPHARM  
OCUYAL  
GEL 0.30 %  
09.90 dhs**



05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18، نجدة سعد الخير شارع - 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca