

## 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- 0042041

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9385 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHALAK Ziad

Date de naissance : 05/10/1962

Adresse : Résidence Amaloussa Im 37 Appt 4 Cas 9

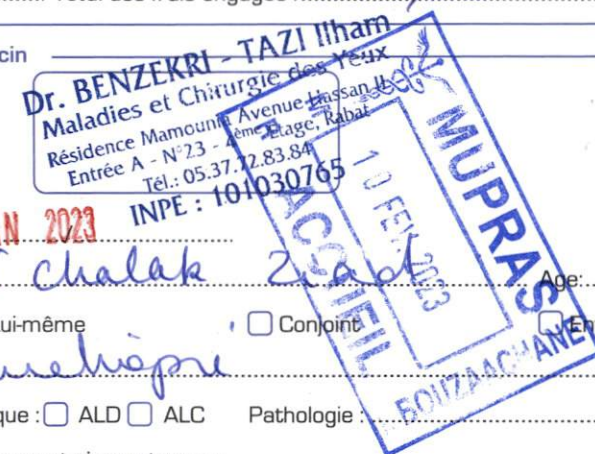
Tél : 06614827

Total des frais engagés : 2500,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 JAN 2023

Nom et prénom du malade : Ziad Chalak

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : amaïopie

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

[illegible]

Cachet et signature du titulaire attestant le Règlement des Actes

**Dr. BENZEKRI Tahar**  
Maladies et Chirurgie  
Résidence Mamoudia Avenue Hassan  
Entrée A - N° 23 - 4ème Etage, Rabat  
Tel.: 05.37.72.83.84  
INPE : 101030765

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	3/1/2023					2500,000

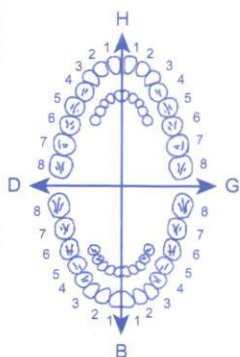
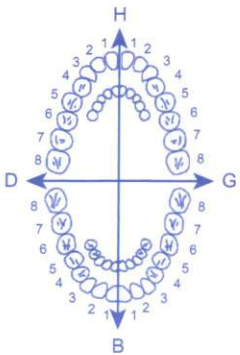
**71100 OPTIC**  
Mag. 515 4 60 Angle Rue Yougoslavie  
et Rue Mary Ali Gazi Marrakech  
Gsm : 06 61 38 03 91  
INPE: 07503

## RELEVÉ 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>

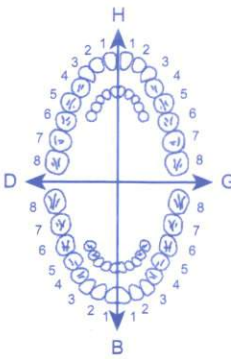
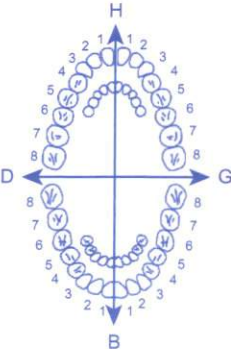
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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						
		<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
		<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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. Ilham BENZEKRI TAZI

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie - Laser

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Médecin de l'hôpital des Spécialités de Rabat



الدكتورة إلهام بنزكري التازي

أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية، أشعة الليزر

خريجة كلية الطب بتولوز

طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط

Rabat, le 03 JAN 2023 في الرباط

M<sup>r</sup> Chalab Ziad

Lunettes + monture

OD: (95 - 1,50)

OBI (100 - 1,25)

autoflets

vison de près

add. + 2,50

autoflets

**ZINOO OPTIC**  
Opticien - Optométriste  
Mag. Sis A Ouassila Ben Yaousslavie  
et Rue May Ali Oulhadj  
Gsm : 06 61 39 08 91

**Dr. BENZEKRI - TAZI Ilham**  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Résidence Mamounia Avenue Hassan II  
Entrée A - N°23 - 4<sup>ème</sup> Etage, Rabat  
Tél. : 05.37.72.83.84  
INPE : 101030765

إقامة المأمونية (ستيام سابقا) شارع الحسن الثاني، الرباط - Résidence Mamounia (Ex. C.T.M) Avenue Hassan II - Rabat

مدخل أ، شقة 23، الطابق الرابع - Entrée A - N°23 - 4<sup>ème</sup> Etage - Tél. : 05.37.72.83.84 - Email : ilham.benzekri@gmail.com



OPTICIEN - OPTOMÉTRISTE  
LENTILLES DE CONTACT

## Facture

N° 00016

Le : 6/2/2023 Nom et Prénom : Chalak Ziad

	Sph	Cyl	Axe	Add	Eip
O.D	plan	-1,50	95	+2,25	
O.G	plan	-1,25	100	+2,25	

Monture	Monture optique	1000,00
Verres	Verre organique progressif anti-reflet	1500,00
Total		2500,00 DH

Arrête la présente facture à la somme de : deux mille cinq cents

Le Droit de Timbre :

**ZINOO OPTIC**

Opticien - Optométriste

Mag. 50000 Angle Rue Yougoslavie  
et Rue Moulay Ali Guéliz Marrakech

66 Angle Yougoslavie & Moulay Ali Guéliz (à côté de l'hôtel Diwane) Marrakech

Tél : 06 61 38 08 91 / 06 27 66 31 73 - E-mail : zinooptique@gmail.com

Patente : 45106041 - RC : 110091 - IF : 48500283 - ICE : 002653085000041 - CNSS : 2355343