

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-778273

149240

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAUSSI MENECH LAILA

Date de naissance :

07.09.74

Adresse :

51 Radioshen Ben Abdellah

Tél. :

0604367057

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au

Dr. LAFNOUNE Zoubida  
CPHTALMOLOGUE

124, Bd. Khalil Hay Moutay  
Abdelhak Aïn Chock - Casab  
Tel : 05 22 52 62 74

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28.12.2022  
SAUSSI MENECH LAILA

Age: 48 ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Concane optique + conjonctive

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 : 28.12.2022

Signature de l'adhérent(e) :

Saussi

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-778273

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 149240

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
28.12. 2022	Cr		250 dh	INP : 0910088279 Dr. LAFNOUNE CPHTALMO Zoubida 124

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr RAMI Hanane	28/12 88	28,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHÉRENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p><i>459 84 53 38 H 21433558 25533412 00000000 00000000 00000000 00000000 00000000 11433558 35533411</i></p> <p><b>D</b> <b>G</b></p> <p><b>B</b></p>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LAFNOUNE Zoubida

(Ep. RAZI)

## Ophtalmologue

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômée de l'Université de médecine de Paris

PIERRE MARIE - CURIE - FRANCE

Ancienne Interne Du C.N.O des QUINZE - VINGTS  
de PARIS (centre national d'ophtalmologie)

Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie  
Laser ARGON, YAG, EXCIMER, LASIK, PKR, FEMTO, ICL  
Transepithéliale, Angiographie, Lentilles de contact, OCT  
Echographie des Yeux



الدكتورة لفون زوبيدة

(زوجة الرازي)

طبيبة إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة بجامعة الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا

بالمقر الوطني للأمراض العيون بباريس

عضو رسمي بجمعية أمراض العيون الفرنسية

الليزر، العدسات الاصنفية، انجيوغرافيا

الليزر، اكسايمير - لا زيك

الفحص بالصدى

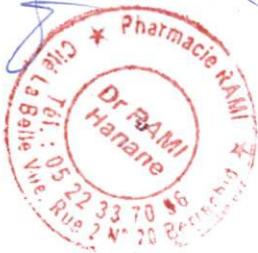
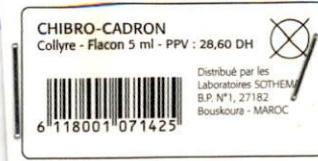
Casablanca, le 28.12.2012  
الدارالبيضاء، في

ن.د سوسى منهب  
LAILA

28.12



1 flacon x 2 flacons de 15 ml



Dr. LAFNOUNE Zoubida  
OPHTALMOLOGUE  
126, Bd. Khalil Hay Moulay  
Abdellah Ain Chock - Casablanca  
Tel : 06 23 62 62 74

124، شارع الخليل، حي مولاي عبد الله - عين الشق - الدارالبيضاء - الهاتف : 05 22 52 62 74 - مستعجلات : 06 68 74 32 15

124, Bd. El Khalil, Hay Moulay Abdellah - Ain Chock - Casablanca - Tél. C : 05 22 52 62 74 - Urgences : 06 68 74 32 15

Dr. LAFNOUNE Zoubida

(Ep. RAZI)

## Ophtalmologue

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômée de l'Université de médecine de Paris

PIERRE MARIE - CURIE - FRANCE

Ancienne Interne Du C.N.O des QUINZE - VINGTS  
de PARIS (centre national d'ophtalmologie)

Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie  
Laser ARGON, YAG, EXCIMER, LASIK, PRK, FEMTO, ICL  
Transepithéliale, Angiographie, Lentilles de contact, OCT  
Echographie des Yeux



## الدكتورة لفون زوبيدة

(زوجة الرازي)

طبيبة إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة بجامعة الطب بباريس  
طبيبة داخلية سابقا

بالمقر الوطني لأمراض العيون بباريس  
عضو رسمي بجمعية أمراض العيون الفرنسية

الليزر، العدسات اللاصقة، أنجيوغرافيا

الليزراكسيماير - لازيك

الفحص بالصدى

Casablanca, le : 28-12-2022  
الدار البيضاء, في

Dr. ZOUBIDA  
LAFNOUNE

Ophtalmologue

U G  
antiochek

VP 036 + 1,75

Dr. LAFNOUNE Zoubida  
OPHTHALMOLOGUE  
124, Bd. Khalil Hay Moulay  
Abdelah Aïn Chock - Casa  
Tel : 06 24 52 62 74

124، شارع الخليل، حي مولاي عبد الله - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 52 62 74 - مستعجلات : 06 68 74 32 15

124, Bd. El Khalil, Hay Moulay Abdelah - Aïn Chock - Casablanca - Tél. C : 05 22 52 62 74 - Urgences : 06 68 74 32 15