

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0040803

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13185 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUGRAINE ZAKARIA
 Date de naissance : 198583
 Adresse :
 Tél. : 0662781882 Total des frais engagés : 5150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/03/2024
 Nom et prénom du malade : bougraine zakaria Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : 13/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Praticien des Actes
27.08.84	C3ph		250,00	

Dr. EL OUALI ^{Labna}
Ophtalmologue
8d. Abou Badr El Kadiri Res. 1100
Casablanca - Tél: 0520 40 59 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

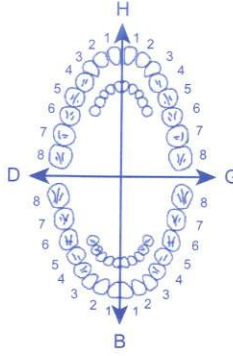
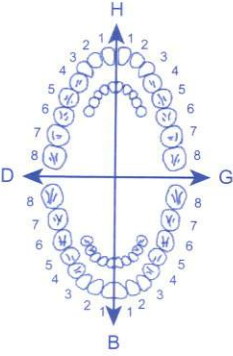
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/08/84					4.200 dh

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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

RIZKI OPTIC



N° 001540/2024

LE: 07/03/2024

Client: Mr. BOUGRINE ZAKARIA

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
ŒIL DROIT	+3.50	-2.75	30°	
ŒIL GAUCHE	+5.00	-4.25	138°	

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : ORGANIQUE ANTIREFLET

AVEC FILTRE BLEU

Montant de la vision de loin :

ŒIL DROIT	2150
ŒIL GAUCHE	2150
MONTURE	600

Vision de près :

Monture :

Verre :

Montant de la vision de près

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C 4900 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de **Quatre mille neuf cent dirhams**

RIZKI OPTIC
OPTICIEN OPTICOMETRISTE
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



095011201

- Membre de la société française d'ophtalmologie
- Ex responsable de l'unité d'ophtalmologie à l'HCK
- The CPD UK certification of masterclass of refractive surgery
- Diplômée en :
 - Surface oculaire - Tours - France
 - Chirurgie vitréo-rétinienne - Nancy - France
 - Chirurgie réfractive et cataracte - Bordeaux - France

- عضوة بالجمعية الأوروبية لأمراض العيون
- رئيسة مصلحة العيون بمصلحة الشيخ خليفة ابن زايد سابقا
- شهادة CPD UK في جراحة العيوب الانكسارية
- حاصلة على دبلوم في :
 - أمراض الحساسية والقزنية (تور - فرنسا)
 - جراحة الشبكية والماء الزجاجي (نانسي - فرنسا)
 - جراحة الساد "الجلالة" و جراحة العيوب الانكسارية (بوردو ، فرنسا)

27 février 2024

Mr BOUGRINE Zakaria

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 3.50 (- 2.75 à 30°)

OG = + 5.00 (- 4.25 à 138°)

Dr. EL OUALI Loubna
Ophtalmologue

• Hou Badr El Kadiri Rés. Ahfad
Casablanca - Tél : 05 20 40 59 59

RIZKI OPTIC
OPTICIEN OPTOMETRISTE
N°142 LOT MANDOUFE
SIDI MAAROUF CASABLANCA
Tél : 0522 97 34 72