

## 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

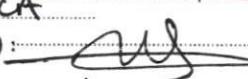
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-447826

|  |                                       |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)   |                                       |   |                                 |
| Matricule : 15248  |                                       | Société : Royal Air Maroc                   |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif                                      | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom : HADI MERZENE  |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 20/06/1990   |                                       |   |                                 |
| Adresse : Imm Beauséjour, App 32, Av Omar El Khayam<br>Beauséjour - CASABLANCA |                                       |   |                                 |
| Tél. : 06-61-28-49-94  |                                       | Total des frais engagés : 3850 Dhs          |                                 |

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali<br>OPHTALMOLOGISTE<br>95 Avenue 25, 1 <sup>er</sup> Résidence l'Allal Imm. A N° 6<br>- G. sabianca                                  |  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation : 15 SEP 2019  |  |
| Nom et prénom du malade : Hadi MERZENE  |  |
| Age: 20   |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptine <input type="checkbox"/> Enfant   |  |
| Nature de la maladie : A BOAS   |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : A BOAS   |  |
| 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. |  |

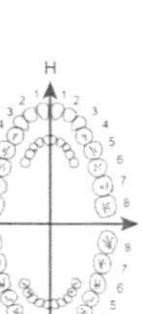
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : CASABLANCA  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 13/09/2019

| 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 |
| 03/05/2014                     | Consultation      | 2                     | 250DH                           | INP : 0310005514   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |           |                       |
|---|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
| صيدلية الكاف ميدالية CAF<br>ame CHAQUISAMRA<br>1, Rue Al Cukhouane, Bousaïd<br>Casablanca Tél. 05 22 39 80 72 | 3/09/2019 | 450,00                |

| AUXILIAIRES MEDICAUX   |                |        |     |     |                                 |
|--|----------------|--------|-----|-----|---------------------------------|
| Cachet et signature  | Date des Soins | Nombre |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|  |                | A M    | P C | I M |                                 |
| <b>OPTI-MONIA</b><br><b>OPTIQUE D'ABOUIB</b><br>Myriam Opticienne<br>Opticienne Optométriste<br>4 Rue Ibnou Hazem Résidence<br>Yammine - Casa<br>Tel: 022 64 42 06 | 13/09/19       |        |     |     | 3150,-                          |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE   |          |  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|---|----------|--|--|---|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |          |  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                         |          | <b>Dents Traitées</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <b>Nature des Soins</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Coefficient</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>INP :</b> <input type="checkbox"/>   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b><br>              |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table><br><b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |   | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
| H   | 25533412 | 21433552   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| D   | 00000000 | 00000000   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| B   | 35533411 | 11433553   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G   |          |  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |          |  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |          |  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |



الدكتور محمد علي بعبد الرزق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلجيكا (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mille HADI MERYEME

HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , les deux yeux, 3 M

150.00

X 3

450.00

الكاف  
Mme CHAOUI SA  
1 Rue Al Oukhouane Be  
Casablanca - Tél 05 22

الدكتور بعبد الرزق محمد علي  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE  
96 Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N° 6  
Casablanca

Casablanca , le

03/09/2019

96 شارع 2 مارس. إقامة وليلي العمارة 1 الطابق 2. الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 58 / 0522.86.05.57  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
المستعجلات : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إخلاصي في أمراض وجراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلیاج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mlle HADI MERYEME

Monture + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 4.25 (- 1.00 à 180°)

OG = - 4.00 (- 2.00 à 168°)

~~OPTIMOMES~~  
Myriam TDOUIB  
Opticienne Optométriste  
4, Rue Ibnou Hazem Résidence  
Yasmine - Casa  
Tel: 022.94.42.08

الدكتور بنعبد الرزاق محمد علي  
إخلاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr. BENABDERRAZIK Monamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE  
96 Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N° 6  
Casablanca , le .....

03/09/2019

96 شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة أ الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 58 / 0522.86.05.57  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
المستعجلات : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21

facture N° 2019/316

**OPTIMOMES**

64, rue ibnou hazem  
Residence Yasmine  
tel: 0522944906

13/09/2019

# FACTURE

Nom : HADI MERYEME  
Nom Prescripteur : BENABDERRAZIK MED ALI  
Date Prescription: 03/09/2019

| Nomenclature | Quantite | Designation produits                                 | PU   | TOTAL   |
|--------------|----------|--|------|---------|
|              | 1        | Monture  | 1150 | 1150    |
|              | 1        | - 4.25 ( - 1 à 180° )<br>organique aminci antireflet | 1000 | 1000    |
|              | 1        | - 4 ( - 2 à 168° )<br>organique aminci antireflet    | 1000 | 1000    |
|              |          |  |      | 3150.00 |

Dont TVA: 525 dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Mille Cent Cinquantes Dirhams

**OPTIMOMES**  
Myriam EDDOUIB  
Opticienne Optométriste  
4, Rue Ibnou Hazem Résiden  
Yasmine Casablanca  
Tel: 022 94 42 06

Penser à faire ajuster vos lunettes régulièrement, une visite annuelle chez votre ophtalmologiste est conseillée.

adresse: 64, Ibnou Hazem, résidence Yasmine, Casablanca, tel : 05 22 94 42 06  
RC:290962 IF:40907770 ICE:000833012000066 Patente:35806687 CNSS:8611362 INPE:095001830