

## 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.

### 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° W19-432364

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10594 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAYLANI ABDERRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 96 92 83 Total des frais engagés : 300 + 2600 + 2204 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18.09.2019

Nom et prénom du malade : EL HAYLANI CHAIMAA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 18/09/2019

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 Paiement des Actes
18.09.2019	CS + Fe		300,00	INP: 09427847 Dr. Merieme ZRYC Ophtalmologue 52, Bd El Kham 1er L Casablanca

Dr. Merieme ZRYOUIL

## Ophthalmology

52, Bd El Kham 1er Etage

Casablanca

Tél: 0522 52 38 42

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18-09-79	22.00 dh

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

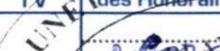
18-09-19

22.00 dh

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

Date \_\_\_\_\_

Montant  
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	19/09 20/09	Lunettes				

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé  
des Honoraires

Lunettes

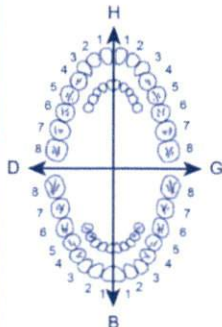
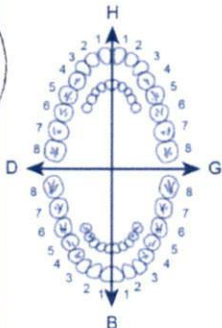
25000

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF**

INP: | | | | | | | | | |

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins	Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réadaptation
Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réadaptation	
Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réadaptation		
Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réadaptation			
Soins de rééducation	Soins de réadaptation				
Soins de réadaptation					

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H									
25533412	21433552								
00000000	00000000								

D	00000000	00000000	E
	35533411	11433553	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

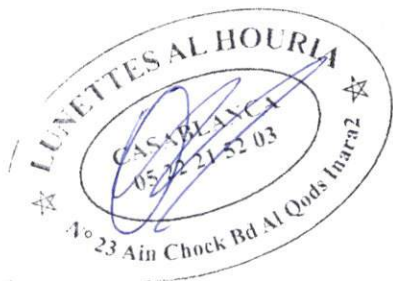
في : ..... **18 septembre 2019** ..... Le :

**Mlle EL HAYLANI Chaimaa**

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets, Amincis**

**OD = - 0.75**

**OG = - 1.00 (- 0.25 à 160°)**



Dr. Merieme ZRYOUIL  
Ophtalmologue  
52 Bd EL Khalil  
Casa-Tel: 06 61 44 33 41

# AL HORRIA OP

Aln Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

N° 008187

Docteur : Merieme FRYDUIL  
Mr. : EL HAYLANI Chaimad

## Nomenclature :

Montures :  $\left\{ \begin{array}{l} \text{VL } \text{Optique} \\ \text{VP } \end{array} \right.$  600,00  
Type de verres : Org AR

## \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : — Cyl : — Sph : 0,75 1000,00  
OG : Axe : 160° Cyl : 0,25 Sph : -1,00 1000,00

## \* VISION DE PRES :

OD : Axe : — Cyl : — Sph : —  
OG : Axe : — Cyl : — Sph : —

Add : —

= 2600,00 dhs

Total : Deux Mille six cent dhs

Date : 19 / 09 / 2019



**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : **18 septembre 2019** في

**Mlle EL HAYLANI Chaimaa**

22.00

**SICCAPROTECT : collyre**

1goutte 3 à 4 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois



Steripharma  
PPV:22,00 dh

Siccaprotect®  
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



6 118001 110353



Dr. Merieme ZRYOUIL  
Ophtalmologue  
52, Bd EL Khalil, Etage 1  
Casablanca - Tél: 05 22 52 38 42

T 122.00

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com