

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

# Déclaration de Maladie

Nº W19-523830



|  |                                       |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                     | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>(22896)</b>        |                                       |   |                                 |
| Matricule : <b>00819</b>                             |                                       |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                       | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            | <b>RAM RETRAITE</b>             |
| Nom & Prénom : <b>MAKOUI BOUCHAIB</b>                |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : <b>01-07-1944</b>                |                                       |   |                                 |
| Adresse : <b>Lot chems Rue 5 N° 7 Hay Salam CASA</b> |                                       |   |                                 |
| Tél. : <b>06 67 04 89 07</b>                         | Total des frais engagés : _____ Dhs   |   |                                 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin   |  |  |  |
| Cachet du médecin :  |  |  |  |
| <b>Dr. ZAKI MOUNA<br/>Spécialiste Ophtalmologue<br/>Adultes et Enfants<br/>Route Sidi Al Khadir Lot. Saâd<br/>Bâtiment 1er Etage Hay Hassani<br/>Casablanca - Tel : 05 22 90 15 24</b> |  |  |  |
| Date de consultation : _____   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : <b>MAKIOU BOUCHAIB</b> Age : _____   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |  |  |  |
| Nature de la maladie : <b>Maladie de la Peine</b>  |  |  |  |
| 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** Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL 14/12/2020**

**Signature : Stéphane**

**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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/12/20        | S                 |                       | 200,- Dhs                       | INP<br>NFE : 091184481<br>Dr. K. Mouna<br>Oculiste<br>Talmaologique<br>Généraliste<br>Dr. Saad<br>Assani<br>15/12/20 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>du Fournisseur | Date                         | Spécialité<br>Montant de la Facture  |
|--|------------------------------|--|
| V                                      | 15/02/2020<br>15/09/<br>2020 | 18. Route Sidi A.<br>El Khair 1er Etage<br>Casablanca - Maroc<br>98,00 Dhs<br>24.00,00 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |  |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|--|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC   | IM | IV |                                    |
| V<br><i>HOCH</i>                    | 15/09<br>2020     | 2      | Henry organique<br>progressif Antireplet<br>+ Plasture |    |    | 2400,00                            |

#### **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'ODP.

| SOINS DENTAIRES                                   |          | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                  |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
|---|----------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|
|   |          |  |                  |             | <input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
|   |          |  |                  |             | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS     |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
|   |          |  |                  |             | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION      |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
|   |          |  |                  |             | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION        |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
| O.D.F<br>PROTHÉSES DENTAIRES                      |          | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | <input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
|   |          | <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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| H   | 25533412 | 21433552   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
| D   | 00000000 | 00000000   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
| B   | 00000000 | 00000000   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
|   | 35533411 | 11433553   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |
|   |          |  |                  |             | <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 Mona ZAKI**  
**Spécialiste en Ophtalmologie**  
**Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



**الدكتورة منى زكي**  
أخصائية في طب وجراحة العيون  
للكبار والأطفال  
طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة الدار البيضاء  
عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

Chirurgie des Yeux  
DIU d'imagerie et de pathologies rétiennes  
de La faculté Paris Diderot  
DIU d'OCT de La faculté de Bordeaux  
Laser - Angiographie  
DIU de Chirurgie Retractive  
Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

جراحة العيون  
دبلوم في أمراض الشبكية  
بجامعة باريس ديدرو  
دبلوم OCT بجامعة فيرساي  
دبلوم العدسات الاصنقة بجامعة بوردو  
تصوير الشبكية - الليزر  
دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر  
كلية الطب بتولوز

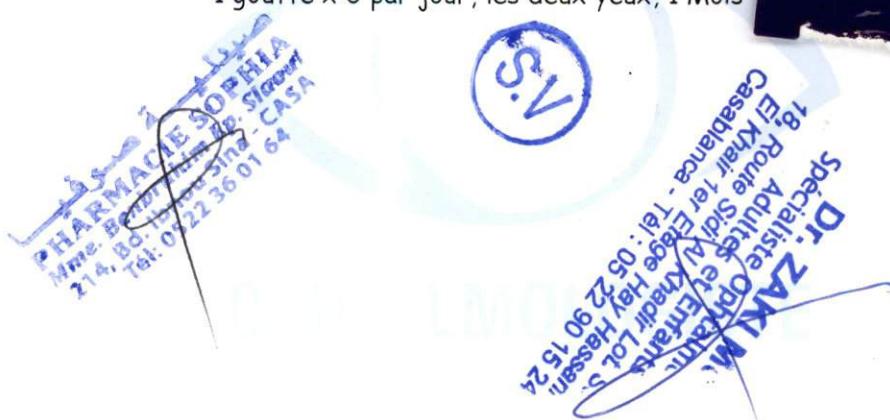
Casablanca, Le : **15 février 2020** ..... الدار البيضاء، في :

**Mr. MAKOUT Bouchaib**

9.8.20

1/ NAVILIPOL

1 goutte x 3 par jour, les deux yeux, 1 Mois



**Dr Mona ZAKI**  
**Spécialiste en Ophthalmologie**  
**Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie



**الدكتورة منى زكي**

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبية داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

**Chirurgie des Yeux**

DIU d'Imagerie et de pathologies rétiennies  
de La faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de La faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Rétractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

**جراحة العيون**

دبلوم في أ مراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : **15 février 2020** ..... الدار البيضاء، في :

**Mr. MAKOUT Bouchaib**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

$$OD = + 4.50 (- 2.25 \text{ à } 90^\circ)$$

$$OG = + 5.25 (- 2.25 \text{ à } 100^\circ)$$

VP :

$$ODG = Add : + 3.00$$

OPTIQUE GHITA  
Opticien Spécialisé  
Hakam 1, Boulevard Tachfine  
N° 452 - Casablanca  
Tél: 05 22 90 15 24

Dr. ZAKI  
Spécialiste en Ophthalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Casablanca - Maroc  
Téléphone : 05 22 90 15 24  
Fax : 05 22 90 15 24  
Email : drzaki@ophtalmologuecasa.com

18. تجزئة سعد الخير شارع H.H 24 الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 15 24

18, Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 15 24

E-mail : drzaki@ophtalmologuecasa.com

# OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Ben Tachfine Hakam 1  
N°454 - EL Hay Mohammedi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85  
05 22 60 34 39

Patente : 32825428

IND 095022357



# نظارات غيطة

اختصاصي في النظارات البصرية  
شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1  
رقم 454 - الحسي المحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85  
05 22 60 34 39  
الباتننا: 32825428

No 0031

Ordonnance de M.le Docteur: Maha Zaki

N° DE nomenclature .....

Correspondant à la prescription .....

|      |   |      |  |
|------|---|------|--|
| LOIN | O.D: +1,50 (-2,25 à 90)<br>O.G: +5,95 (-2,25 à 100) | PRES | O.D: .....<br>O.G: .....<br>add: +3,00 |
|------|---|------|--|

## FOURNITURE

Monture: 600,00

Verres: 1800,00

Etuis: .....

Total: 21400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 15/09/2020

M. ou Mme: M. Kanta Brahim

ICE: 001789511000067 - IF: 40151582 - RC: 37 20 42 CNSS: 173923031

OPTIQUE GHITA  
Opticien Spécialiste  
Hakam 1, Casablanca  
N° 454 - Casablanca  
Tél: 06 69 00 97 85  
05 22 60 34 39  
Patente: 32825428  
Email: optiqueghita@gmail.com