

## 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° W19-514185

23785

Maladie       Dentaire       Optique       Autres  
 Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 9817      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : NADYF | Mustapha  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. : 0663476448      Total des frais engagés : 2800      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr AZHARI Mustapha**  
 ICE : 001746720000057  
 NF : 42044275 - CNSS : 7173727  
 TP : 36363378 - INPE 091047951  
 Date de consultation : 22 FEV. 2020 / 4 MARS 2020  
 Nom et prénom du malade : NADYF | JOUANNA      Age : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : \_\_\_\_\_  
 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 : \_\_\_\_\_  
 Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

**MUPRAS**  
 131, BOULEVARD MOLOGUE  
 15 CASA  
 Dr AZHARI Mustapha  
 OPHTALMOLOGUE  
 Tél : 05 22 27 60 61  
 Fax : 05 22 27 60 61

**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
22 FEV 2020	<i>Op + Km</i>		300	<i>Dr. AZHARI Mustapha</i> INP: 001746720000057 ICE: 001746720000057 N°: 42044278 - SPS: 7173727 TP: 36381378 - INPE 091047951

**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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>JUMELLES OPTIC</i> <i>CENTR ACIMA BT BDEMLIE</i> <i>ZOLA BELEVDER CASA</i> <i>0522245170-06614098</i>	03/03/20					2000

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

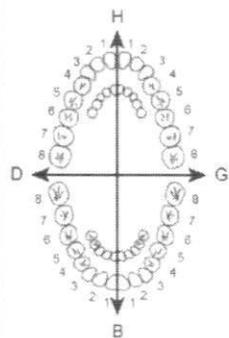
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35933411	11433553
B	



**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

**Dr. Mustapha AZHARI**

Spécialiste des Maladies  
et de la Chirurgie des Yeux  
Ancien Interne des hôpitaux  
de Toulouse (France)

Laser Excimer - Strabisme  
Contactologie

**AZHARI Mustapha**  
NCE : 00174672000J057  
N° : 42044275 - CNSS : 7173727  
TP : 36363378 - INPE 091047957



**الدكتور مصطفى أزهرى**

اختصاصي في أمراض  
وجراحة العيون  
طبيب سابقا بمستشفيات  
تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول  
العدسات اللاصقة

**22 février 2020**

Casablanca, le .....

**Enf. NADYF JOUMANA**

**Monture + verres correcteurs**

**Antireflets, Amincis**

**OD = - 1.50 (- 0.25 à 90°)**

**OG = - 1.50 (- 0.25 à 165°)**

**JUMELLES OPTIC**  
CENTR ACTIM BILBOEMLLE  
ZOLA BELEWER CASA  
0522245170.06614098

**Dr. AZHARI Mustapha**  
**OPHTALMOLOGUE**  
131, Boulevard Abdelmoumen  
4ème Etage N° 15  
Tél / Fax : 0522 27 60 61  
CASA

131, شارع عبد المومن ( زاوية زنقة كاليان ) إقامة جوهرة عبد المومن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء

131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4<sup>e</sup> Etage - N° 15 - Casablanca

Tél.: 05 22 47 30 38 - Tél./Fax : 05 22 27 60 61 / E-mail : azamus2000@yahoo.fr

# Jumelles Optic Sarl

Casablanca: 03/03/2020

**Enf: NADYF JOUMANA**

**Sur ordonnance du docteur : MUSTAPHA AZHARI**

**FACTURE N° :0093/0020**

DESIGNATION	
Monture optique :	1500.00
Verre droit : Organique antireflet	500.00
Verre gauche : Organique antireflet	500.00
Total TTC	2500.00

Mode de paiement : espèces

A la somme de : Deux mille cinq cent dirhams

JUMELLES OPTIC  
CENTR ACIMA B1 BELVEDERE  
ZOLA BELVEDERE CASA  
0522245170.06614098

Bd : Emile Zola centre commercial ACIMA B1 Belvédère - 20300 – Casablanca

RC : 159979 - TP : 37946832 – IF : 1602960 - Tél/fax : 0522245170

ICE : 000080120000054