

## 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.

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° W19-551817

ND: 34472

Courrier  
NSN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13216

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELKA Hameza

Date de naissance :

09/05/1995

Adresse :

Hay El Ouard, rue 03, Ress du 21<sup>me</sup> Arrt

Tél. :

Total des frais engagés : 2700 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. RAZIK ABD LLAH  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
712, Bd. Aba Chouaib Doukkali Idrissii 1  
Tél.: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa  
INP: 091119354  
ICE: 001700021000027

Cachet du médecin :

Belka Hameza

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 plconfidential 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 : 20/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Belka Hameza

### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   | 200                   |                                 | INP : 1122-88/05-22-2000<br>INP : 091113954<br>Spécialiste Médecins et Dentistes<br>Dr. M. LALIA RDU LALIA |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

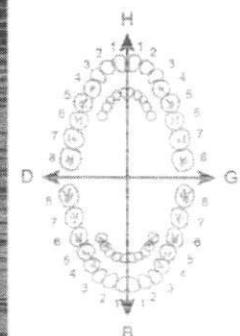
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

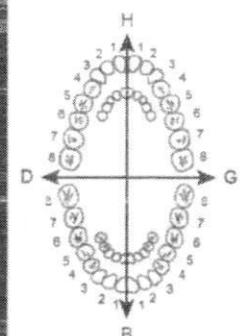
| Cachet et signature du Pharmacien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|-----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                   |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| 17/07/2020                        |                |        |    |    |    | 100                             |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433582 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

RIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Optique Le Beau Coin



FACTURE N° 0009834

Casablanca, le : 17/07/2020

Mr : BELKA Manza

VL :

OD : -250

OG : -2,00

VP :

OD :

OG :

Monture : optique 11300,- Dhs

Verres : organiques anti reflet 11200,- Dhs  
MC filtre bleu anti

INPE :

Total : 25000,- Dhs

Arrêtée La présente Facture à la Somme de :

cinq cents Dhs et

OPTIQUE LE BEAU COIN  
Bd. Moudibokita Bloc "j" N°70  
GSM : 06 25 27 25 92 Casablanca  
M. Me

Bd Moudibokita ,Bloc (j) N°70 - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N° 36612797 - I.F : 50791172

# عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسيّة I

**Docteur Razik Abdallah**

Spécialiste Maladies et  
Chirurgie des Yeux



Ex. Médecin des F.A.R.  
Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août

Chirurgie Cataracte - Implant -

Glaucome - Strabisme - Laser -

Angiographie - Traumatisme

LASIK

الدكتور عبد الله رازق

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة العجلالة . العدسة . طبسوون .

العزل . مسالك الدموع . فحص ورادير الشبكية .

علاج الشبكة المصابة بال斯基ري بالليزر

تصحيح قصر البصر

فحص لرخصة السيارة

## لا نغير تاريخ الفحص

Casablanca, le: 16/07/2020 ..... الدار البيضاء، في

ان استعمال النظارات الطبية بدوره فحص طيفي من طرف طبيب اختصاصي في العيون ونقص في النظر وال斯基ري تصاميم عديمة الالطفال. هناك أمراض عيون عديدة: الألتهابات والعدوى التي تؤثر على العين ورقة من طرف طبيب اختصاصي قد يؤدي إلى فقدان الرؤية. لذلك يجب انتظام في زيارات العيادة.

BELKA Hamza

DE LOIN

Oeil Droit : -2,50

Oeil Gauche : -2,00

Optique E BEAU COIN  
Bd M. 06 27 25 92 - Casablanca  
Tél: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18  
INP: 091119354  
ICE: 001700031000077

**Dr. RAZIK ABDALLAH**  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
712, Bd. Aba Chouaib Doukkali Jérissil 1  
Tél.: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa  
INP: 091119354  
ICE: 001700031000077

Examen Complémentaire :

**الرجو الاتصال أو التواصل عبر الواتساب الرقم التالي : 0677.31.15.73**

شارع أبي شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسيّة I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.28.56.98