

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° W19-570436

45845

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11764	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MANSOURI SANAA			
Date de naissance : 13/01/1978			
Adresse : 39 Rue Abdala ; Rés My RAMARZ APT' 18 ; Case 0611096273		Total des frais engagés : 3300,00 Dhs	
Téléphone : 0611096273			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/09/2020			
Nom et prénom du malade : SANAA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Consultation ophtalmologique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : NOV. 2020			
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 : 16/09/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-570436	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 11764	
Nom de l'adhérent(e) : MANSOURI	
Total des frais engagés : 3300,00	
Date de dépôt :	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	V	
<i>LUNETTES BAD</i> <i>N°55 Rue des Hospitaliers</i> <i>Tel: 05 22 25 02 20</i>	<i>16.09.2020</i>					<i>LUNETTES BAD</i> <i>N°55 Rue des Hospitaliers</i> <i>Tel: 05 22 25 02 20</i> <i>N°55 RUE DES HOSPITALIERS</i> <i>30000,00</i>

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		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"/>														

DR ZINEB LAZRAK

SPÉIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie réfractive
Contactologie
Maladies rétiniennes
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلاة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكيه العين

اللазر - فحص القرنية

**16 septembre
2020**

Casablanca le :

Mme MANSOURI Sanaa

1/ NAABAK COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

2/ HYE UNIDOSE

1gutte 4 fois /jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

Dr. Zineb LAZRAK
Spécialiste en Ophtalmologie
Ang. Mly Youssef & Rue Nadoud, 3ème étage
5. Casablanca - Tél. : 05 22 47 53 90
البريد الإلكتروني : dr.lazrakzineb@gmail.com

ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3^{ème} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com



رقم 55 درب الانجليز - الدار البيضاء

س.ت. 260166 - الهاتف : 0522.22.50.20

N° 55 Rue des Anglais - Casablanca

R.C. 260166 - Tél : 0522 22 50 20

PATENTE N° : 39813945

ICE: 005573221000062

Casablanca, le

16/09/2020

N° 0008260

M. Mansouri Sanaa Doit

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANTS A LA PRESCRIPTION DU	Vision de Loin	Vision de Près	Double Foyer	SUPPLEMENT
Docteur	O.D.	O.D.	O.D.	
	O.G.	O.G.	O.G.	

FOURNITURES :

Montures optique 900,00

Verres sig AR bPen

OD = +0,9 (-0,2 à 12) 1100,00

OS = +0,5 1000,00

LUNETTES BADR

نظارات بدر

N° 55 Rue des Anglais - Casablanca TOTAL
Tel : 0522 22 50 20

3000,00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

trois mille ,

dirha

DR ZINEB LAZRAK

SPÉIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie refractive
Contactologie
Maladies rétiennes
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلاة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكي العين

اللазر - فحص القرنية

**16 septembre
2020**

Casablanca le :

Mme MANSOURI Sanaa

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.50 (- 0.25 à 120°)

OG = + 0.50

LUNETTES BADR
نظارات بدر
N°55 Rue des Anglais - Casablanca
Tel : 05 22 22 50 20

Dr. Zineb LAZRAK
Spécialiste en Ophtalmologie
M. Youssef & Rue Nadoud, 3ème étage
Casablanca - Tel : 05 22 47 53 90

ملتقى شارع مولاي يوسف و رنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3^{ème} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني : dr.lazrakzineb@gmail.com