

# 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° W21-777131

*Pan bonni*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule	2100	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		<i>ZIANE ZHOR</i>	
Date de naissance :		42	
Adresse :		BP 153 oujda Principale 60000	
Tél. :	06 86 33 71 13	Total des frais engagés : _____ Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
<i>Dr MAHMOUDI Mohamed</i> <i>Ophtalmologiste</i> <i>33 Rue de la Paix Hay El Hassar</i> <i>Berkane</i> <i>Tel 05 36 61 91 00</i>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :		20/12/2012	
Nom et prénom du malade :		<i>ZIANE ZHOR</i>	
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		<i>ASTIGMATISME + Conjonctivite</i>	
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 : *oujda* Le : *20/12/2012*  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

*MAHMOUDI Mohamed*  
*Ophtalmologiste*  
*33 Rue de la Paix Hay El Hassar*  
*Berkane*  
*Tel 05 36 61 91 00*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-777131
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 :	<i>759,6</i>
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

RECEPTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>OUJDA OPTIQUE</b> <i>BENOMAR Lotfi</i> Opticien - Optometriste 20, Rue Okba Ibn Nafia - Oujda Tél: 05 36 69 70 21 - Fax : 05 36 69 72 ?	04/11/23	400 f/oo <b>085000685</b>

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 60954902805691	26/11/11	-	109,60

AUXILIAIRES MEDICALS

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

### **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**

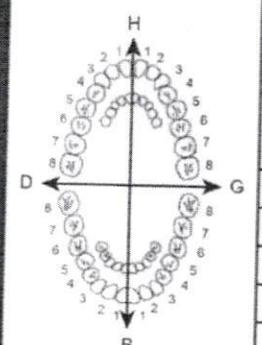
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

D.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**COEFFICIENT  
DES TRAVAUX**

10 of 10

2

1

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

ANSWER

1

DATE DE  
L'EXECUTION

**Docteur Mohammed MAHMOUDI**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de LILLE (France)  
Maladies et Chirurgie des Yeux

**Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification**

Strabologie - Ophtalmologie pédiatrique

Neuro-ophtalmologie - Vision des couleurs

Angiographie rétinienne - Laser (ARGON et YAG) - Contactologie  
Echographie Oculaire A et B

Examen du Champ Visuel (HUMPHREY)

Exploration par OCT = tomographie en cohérence optique  
Ancien interne du CHU de LILLE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris (Hôpital Quinze-Vingt)

**Chirurgie de la Myopie par le Laser Excimer**

Berkane, le mardi 20 décembre 2022

**الدكتور محمودي محمد**

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

طبيب اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

علم طب عيون الأطفال - علم الحول

جراحة الجلاة بجهاز الفاكو

تصوير الاوعية - أشعة الليزر - العدسات الاصنف

صدى العيون - رؤية الألوان - فحص المجال البصري

طبيب داخلي سابق بمستشفى اختصاصات العيون بليل

طبيب داخلي سابق بمستشفى 20/15 بباريز

جراحة تصحيح النظر بجهاز الليزر إكسимер

Madame AZZAOUI Zhor ZIANE

- Une Monture :
- Vision de LOIN : Verres Photochromiques

OEIL DROIT : Plan

OEIL GAUCHE : Plan (-0,75 à 85°)

**OUJDA OPTIQUE**  
*BENOMAR Lofti*  
Opticien - Optometriste  
10, Rue Okba Ibn Nafia - Oujda  
05 36 69 70 21 - Fax : 05 36 69 72 34

2560

- FRAKIDEX COLLYRE (1 flacon):

Une goutte trois fois par jour dans les deux yeux, pendant trois semaines.

8/11

- NAABAK COLLYRE (1 flacon):

Une goutte quatre fois par jour dans les deux yeux, pendant huit semaines.

10960

RAHMANI Abdessamed  
PHARMACEUTIQUE SYAGHA  
Berkane - Maroc

FRAKIDEX  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ  
6118001270118

LOT/ عمار  
FAB/ 10-2021  
EXP/ 09-2023  
PPV : 24,60 DHS

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH  
6 118001101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

33 زنقة السلام، الحي الحسني - بركان - الهاتف و الفاكس : 0536618100  
33, Rue La Paix - Hay El Hassan - Berkane - Tél - Fax : Cabinet : 05 36 61 81 00  
GSM en Cas d'urgence : 06 61 17 56 50  
E-mail : mo.mahmoudi@menara.ma



بصريات  
وحدة  
لطفي بنعمر  
ناظراتي مبصارى

## FACTURE

Nº 002322

ZIANE Zhor

Oujda, le .../.../23

Nomen- clature	DESIGNATION	P.U	MONTANT
	2) Verres Organiques photogray antireflet	JL	100.00
<p style="text-align: center;"><b>OUJDA OPTIQUE</b>  <u>BENOMAR Ladjfi</u>            Opticien - Ophtalmopiste            20, Rue Okba ibn Nafya - Oujda            tél: 05 36 69 70 21 .. Fax : 05 36 69 72 3</p>			
Arrêter à la somme de <u>Quatre Cent Dirhams</u>			

18 & 20 Rue Okba Ibn Nafia - OUJDA - Tél: 05 36 69 70 21 / Fax: 05 36 69 72 34  
E-mail: LBENOMAR@YAHOO.FR - Aut. N° 6745  
R.C. 30136 - PATENTE: 10100434 - I.G.R 10101091 - T.V.A. 406958 - C.N.S.S : 238892  
ICE : 001636796000096 / INPE : 085000685

**Docteur Mohammed MAHMOUDI**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de LILLE (France)

Maladies et Chirurgie des Yeux

**Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification**

Strabologie - Ophtalmologie pédiatrique

Neuro-ophtalmologie - Vision des couleurs

Angiographie - Laser (ARGON et YAG) - contactologie

Echographie Oculaire A et B

Examen du Champ Visuel (HUMPHREY)

Ancien interne du CHU de LILLE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris (Hôpital Quinze-Vingt)

**Chirurgie de la Myopie par le Laser Excimer**

Berkane, le mardi 20 décembre 2022

**Facture N°22/2016**

Je soussigné Docteur Mohammed MAHMOUDI certifie avoir reçu la somme de 250 dirhams de Madame AZZAoui Née ZIANE Zhor en honoraires de CS.

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX CENT CINQUANTE dirhams.

Facture remise en main propre de l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de droit.

**Signé:**

Dr Mohammed MAHMOUDI  
Ophtalmologiste  
33, Rue de la Paix Hay El Hassani  
Berkane  
Tél : 05 36 61 81 00