

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 (RG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-777133

Par jour!

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>21002</u>		Société : <u>150593</u>	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>ZIANE ZHOR</u>		Nom & Prénom : <u>ZIANE ZHOR</u>	
Date de naissance :		Adresse : <u>BP 153 Oujda</u>	
Tél. : <u>06 66 33 713</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr MAHMOUDI Mohammed Ophtalmologiste 33 Rue de la Paix Hay El Hassan Berkane </div>	
Date de consultation :	<u>21/10/11</u>
Nom et prénom du malade :	<u>ZIANE ZHOR</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>KPS O.D.G</u>
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 : Berkane Le : 24/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : Dr MAHMOUDI Mohammed

VOLET ADHERENT	N° W21-777133
Déclaration de maladie	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 : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

Dr MAHMOUDI Mohammed
 Ophthalmologiste
 33 Rue de la Paix Hay El Hassan
 Berkane
 Tel 05 36 61 81 00

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 Patientage des Actes
24/01/23	CS	-	Ce	 Dr MAMMOUDI Ophthalmologist 33 Rue de la Paix Hay El Hassan Berkane 8100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SYAGHA Rue El Mazzeh N°12, Souk Edhar 535 68 55 5	2011/10/23	249,5-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

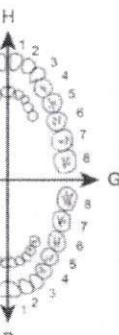
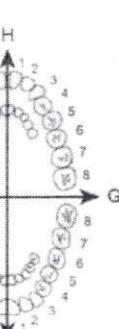
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur Mohammed MAHMOUDI

OPHTHALMOLOGISTE

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 24 janvier 2023

الدكتور محمودي محمد

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

طبيب اخصاصي في أمراض و جراحة العيون

علم طب عيون الأطفال - علم الحول

جراحة الجلاة بجهاز الفاكو

تصوير الاوعية - أشعة الليزر - العدسات اللاصقة

صدى العيون - رؤية الألوان - فحص المجال البصري

طبيب داخلي سبقاً بمستشفى اختصاصات العيون بليل

طبيب داخلي سبقاً بمستشفى 20/15 بباريز

جراحة تصحيح النظر بجهاز الليزر إكسимер

بركان، في

Madame AZZAOUI Zhor ZIANE

147.00 - Théalose COLLYRE :

Une goutte trois fois par jour dans les deux yeux

1610 - CORNERGEL Gel :

Une goutte cinq fois par jour dans les deux yeux

26.40 - STER-DEX POMMADE :

Une application le soir dans les deux yeux

Dr MAHMOUDI Mohammed
Ophtalmologiste
33 Rue de la Paix - Hay El Hassani - Berkane
Tél : 0536 61 81 00

RAHMANI Abdessamad
PHARMACIE SYAGHA
Rue El Mazyuni N°12 Souk Edhab
OUJDA - Tél: 0536 68 55 53

