

# 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 70 45 45 (lg) - Fax : 05 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-777133

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2100 Société : 150593

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZIANE ZHOR

Date de naissance : BP 153 oujda

Adresse : 066633713

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr MAHMOUDI Mohammed  
Ophtalmologiste  
33 Rue de la Paix Hay El Hassan  
Berkane

Date de consultation : 24/01/2023

Nom et prénom du malade : ZIANE ZHOR

Age : 33

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : KPS ODA

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 : 24/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-777133

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 :



# 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
24/01/23	Cs	-	Cc	Dr MAHMOUD EL HANNA Ophthalmologiste 33 Rue de la Park Hay El Hassan Berkane 0536 69 55 55

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SYAGHA Rue El Mazouti N°12, Souk Edha Berkane 0536 69 55 55	24/01/23	249,5

# 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	

# VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
	<table> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[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



**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 24 janvier 2023

**الدكتور محمودي محمد**

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

طبيب إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

علم طب عيون الأطفال - علم الحول

**جراحة الجلالة بجهاز الفاكو**

تصوير الاوعية - أشعة الليزر - العدسات اللاصقة

صدى العيون - رؤية الألوان - فحص المجال البصري

طبيب داخلي سابقا بمستشفى إختصاصات العيون بليل

طبيب داخلي سابقا بمستشفى 20/15 بباريز

**جراحة تصحيح النظر بجهاز الليزر إكسيمر**

بركان، في

**Madame AZZAOUI Zhor ZIANE**

147.00 - Théalose COLLYRE :

Une goutte trois fois par jour dans les deux yeux

76.00 - 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  
Tél : 05 36 61 81 00

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

33 زنفة السلام، الحي الحسني - بركان - الهاتف و الفاكس : العيادة: 0536618100  
33, Rue La Paix - Hay El Hassani - Berkane - Tél - Fax : Cabinet : 05 36 61 81 00  
GSM en Cas d'urgence : 06 61 17 56 50  
E-mail : mahmoudiophta@gmail.com



**STERDEX**  
pommade ophtalmique  
Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Distribué par COOPER PHARMA  
30 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI

VRZ/SC10MAR/0919



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
15/3/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

**Corneregel Gel opht 10g**  
ZENITHPHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette

L1MA01 / 49809E300/1-MA