

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0043072

189999

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11189 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFID M YAHMAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.50.77.16.76 Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2023

Nom et prénom du malade : EL AMNAOUI EPHOFID Naja Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Orale

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

#### **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
20/12/2023	S+FO	1.10	300	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
LZ OPTICAIN OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rond Point Farah Salamy 10 AI Aïn S+ FB 3. Bat 1 Mag 9 Casablanca Fix 05.22.06.11.78	2024-01-20	-	-	-	-	2500.00 DH

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
D.O.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar (1) at the mesial end and the second molar (2) at the distal end of the arch.

[Création, remont, adjonction] onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 020944

Casablanca le : 05.01.2024

Mme/Mr : EL AMRANI EPHAFID NAJAT

Dr : Abdellatif ZAKARYA

VL

VP-Add

OD : +1,50 (1,00, 60°)

OG : +1,75 (1,00, 100°)

Monture

optique

1000,00 DH

anti-reflet en verre UV

Total à payer: 2500,00 DH

OD : .....

OG : .....

Verres

optique

1500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille cinq cent DH

LZ OPTICAL  
OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE  
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar, S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca  
Tél.: 0522 69 11 79 - Email : optic.farah.salam@gmail.com  
S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca  
Fix : 0522 69 11 79

Cachet et signature

# مركز طب وجراحة العيون بوركون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE Enfants & Adultes للأطفال والكبار

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'Association américaine d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

**د. عبد اللطيف زكرياء**

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو الجمعية الأمريكية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي 2023

طبيب القوات المسلحة الملكية

20 décembre

2023

**Mme EL AMRANI EP HAFID  
Najat**

Monture + verres correcteurs ANTIREFLETS, BLEUS ET  
PHOTOGRAVY Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.50 (- 1.00 à 60°)

OG = + 1.75 (- 1.00 à 100°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

معتمد لرخصة القيادة Agrée Pour le Permis de Conduire

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

شارع طانطان زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Bd Tantan, Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - Oeilvision.zakarrya351@gmail.com