

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3100

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAGNIOUI DAOUIA

202736

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : LALLA MERIEM BLOC 8 N. 16

CASA

Tél. : 06 62 43 66 40

Total des frais engagés : 2239,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2024

Nom et prénom du malade : Lagniouï Daoui Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Télé: 05 22 23 49 81

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) :

.....

## 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
27/03/26	CS + CR		gratuit	DR. ZIDI Mohamed CLINIQUE NOUR D'OPTIQUE 28, Angle Rue des Palmiers et Route les Facultés Oasis - Casablanca PR : A.HB T : 05 22 23 49 87 Fax : 05 89 15 72 49 89 LGT

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/24	239,80

## 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	

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the right. The origin is at the center of the arch. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## Coefficient des travaux

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# Docteur Mohamed ZIDI

Ophtalmologiste  
Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

## CHIRURGIE VITRÉO-RETINIENNE

Diplômé des Universités de Médecine de Paris  
Ancien Interne du CHNO des Quinze-Vingts  
Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris  
Membre de la Société Européenne de Rétine  
OCT - Angiographie (Fluo / ICG) - Laser - Echographie

**Mme LAGNIOUI Daouia**



# الدكتور محمد الزيدى

الاختصاصي في أمراض و جراحة العيون

## جراحة الشبكية

**CNOC**



A instiller dans l'œil DROIT

26,70

- Chibrocadran, collyre :



Une goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines.

34,10

- Chibroxine collyre :



Une goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

179,00

- Optive fusion , collyre :



Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.

**En cas d'urgence ( douleur, baisse de la vue ou rougeur ), veuillez contacter :**

> 7h-19h: 0522234989

>19h-7h et Week-end: 0639512870 // 0639611725

**ACCUEIL**  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - El  
des Facultés Oasis - El  
Tel : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

**DR ZIDI Mohamed**  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 87  
Fax : 05 22 23 49 87



INPE 091141754