

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



330 94  
Déclaration de Maladie

N° P19- 068139

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2930 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUCHTAAHI Mohamed

Date de naissance : 1948

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 / 05 / 2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : Casablanca Le : 04 / 05 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :





# 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
09/05/2020	G		2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02/05/20

38,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

04/05/20

3000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

04/05/20

3000

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

OPTIQUE CHERIFIENNE

(opticien spécialiste)

89, Rue Beni M Guild

Casablanca

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :

*OUHDA SAAD*



النظارات الشريفة  
اختصاصي في النظارات البصرية  
89، زقة بني امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

N° 001137

N° de nomenclature .....

Correspondant à la prescription .....

LOIN	OD :	<i>+1.25 (120-010)</i>	PRES	OD :	<i>+1.25</i>
	OG :	<i>+1.25 (120-010)</i>		OG :	<i>+1.25</i>

## FOURNITURE

1 Montures :

2 Verres :

Total :

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 04/05/2020

M/ou Mme :

*EL MOUCHALLI TOURIN*

OPTIQUE CHERIFIENNE  
89, Bd Beni M'ghild Hay Laayoune  
Casablanca - Tél. 05 26 08 41 63

النظارات الشريفة  
OPTIQUE CHERIFIENNE  
89, Bd Beni M'ghild Hay Laayoune  
Casablanca - Tél. 05 26 08 41 63



# Docteur OUHADI Souad

## Maladies et Chirurgie des yeux

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août

Ex. Médecin à l'Hôpital My Youssef

Membre de la société française d'ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive et esthétique des yeux

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Permis de Conduire



## الدكتورة أهادي سعاد

### أمراض و جراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

جراحة و تجميل الجفون

جراحة مسالك الدموع

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

رخصة السياقة

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء هي :

## Mme El Mouchtahi Touria

Lunettes pour vision de LOIN

OD : +1,75 (120° -0,50)

OG : +1,50 (80° -0,25)

, ADDITION POUR VISION DE PRES

OD : + 2.75

OG : + 2.75



38150



النظارات الشريفة  
OPTIQUE CHERIFIENNE  
89, Bd Bni M'ghild Hay Laayoune  
Casablanca - Tél. 05 26 08 41 63

Dr. OUHADI Souad  
Ophtalmologiste  
Bd. Akid Allam Rés. Annakhla 4, 1er Ét. Appt. 3  
Bournazil (Près Rés. Poissons) - Casablanca  
Tél. 05 22 56 06 56

Riccofland cleyr

1 gntes 30m

1 uis

شارع العقيد العلام - إقامة النخلة 4 - الطابق الأول رقم 3 بورتازيل - الدار البيضاء - الهاتف . 05 22 56 06 56

Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Appt.3 - Bournazil - Casablanca - Tél.: 05 22 56 06 56

(قرب مطاعم السمك) (Près Restaurants Poissons)