

# 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 |

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.

N° P19- 047030

MPZ 24822

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 36199 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAROUANI

NADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661316439 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					Montant des soins
					Debut d'execution
					Fin d'execution

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H	25533412   21433552	00000000   00000000	
D		G	00000000   00000000	35533411   11433553	
					Montant des soins
					Date du devis
					Fin de

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-143088	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-143088

DATE DE DEROT

12/03/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3499		
Nom & Prénom : KAROUANI - NADIA				
Fonction : RETRAITEE Phones. 0661314032				
Mail : nkarovani0@gmail.com				
MEDECIN		Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age ..... Date .....		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Affect oral				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires		
S		1 250,00		
PHARMACIE		Date 02/03/2020		
Montant de la facture		222,70		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : 12/03/2020				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
12	1			3800,00

# مركز طب وجراحة العيون بوركون CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France  
membre de la Société française d'ophtalmologie  
Certificat Moorfield Londres  
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche  
Forces Armées Royales

عبد الطيف زكرياء

طب وجراحة العيون بوردون فرنسا  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
شهادة العضوية لمورفيلي بلندن  
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرتون إنجلترا  
طبيب القوات المسلحة

02 Mars 2020

Mme KAROUANI Nadia

1/ ZALERG COLLYRE

75.00

UNE GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR X , les deux yeux, 2 Mois

2/ THEALOSE COLLYRE

14.00

1 GOUTTE 4 FOIS PAR JOUR X 2 MOIS, les deux yeux



Gde. Pharmacie de Paris  
Mme BENATIS Nadia  
60, Rue Alila Ben Abdellah - Casablanca  
Tél : 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26

14.00

Dr. ZAKARRYA Abdellatif  
CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BOURGOGNE  
EXCIMER  
Rue Sultan Abdellah  
Bourgogne - Casablanca  
Tel. 05 22 95 01 22 - 05 22 39 83

معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

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

Rue Sultan Abdellah - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

Tréhalose ..... 3 g/100 ml  
Hyaluronate de sodium .....  
..... 0,15 g/100 ml

Solution pour la **protection, l'hydratation et la lubrification** de la surface oculaire indiquée dans le traitement du syndrome de l'œil sec modéré à sévère.

Ne pas conserver au-delà de 3 mois après ouverture.

VOIE LOCALE.

INSTILLATION OCULAIRE.  
TENIR HORS DE LA VUE  
ET DE LA PORTÉE DES  
ENFANTS.

Date de première ouverture

**Distribué au Maroc par :**

Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura,  
Maroc



CE 0459



STERILE A i

# Théalose

Tréhalose 3 %  
Hyaluronate de sodium  
0,15 %  
Protège, hydrate  
et lubrifie la surface  
oculaire

10 ml

PPC : 147.00 DH

• Théa

Sans conservateur

# مركز طب وجراحة العيون بوركون

## CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BOURGOGNE

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France  
membre de la Société française 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  
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن  
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز التمسا  
طبيب القوات المسلحة 02 Mars 2020

**Mme KAROUANI Nadia**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets**

VL :

$OD = + 0.50 (- 1.00 \text{ à } 99^\circ)$

$OG = + 0.50 (- 1.00 \text{ à } 77^\circ)$

VP :

$ODG = Add : + 3.00$



معتمد لرخصة القيادة Agrée Pour le Permis de Conduire

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

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

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com



**GOLA**  
LUNETTE

FACTURE N° 003387

Casablanca, le

12.03.2022

M

ULAOUAM NADIA

Quantité	Designation	P.U.	MONTANT
Demi	verre organique	pieces	
OD	10.00 (-1.00 = 8.00)	1400,-	
OG	10.00 (-1 = 7.00)	1400,-	
Add	+ 3.00		
+ matin		1000,-	
	TOTAL: 3800,-		3800,-
LA POURTEME	FACTURE 045		
ADMIS A LA SANTUAR			
TRES BON MARCH			
ICE 0000 50911 0000 11			

133, Rue LARACHE, Bd Yacoub El Mansour, Oulmes - Casablanca  
Tel: 022 36 03 63  
GOLA LUNETTE  
Casablanca, Bd Yacoub El Mansour, Oulmes - Casablanca  
Tel: 022 36 03 63