

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-615368

65000 CA

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 8732 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : OUDOGHIRI MOULAY Idriss

Date de naissance : 15/07/1967 ASA

Adresse : 57 Avenue Al Attar Casablanca

Tél. : 06 61 31 27 55 Total des frais engagés : 9262 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/03/2021

Nom et prénom du malade : Dr. Fouad NCIBI

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint

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 : CASABLANCA Le : 23/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-615368

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).

mm mm

9262 ul

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## **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
26/12/2019	Sdk	1	25000	INP : 09/11/2019 PHTALMO Docteur Fouad NCRI Takorrech 1er étage Casablanca Tel: 02 235 83 4
27/12/2019	Ophtalmologie	1	25000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	26/03/2021	112,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
		PC	IM	IV	
OPTIQUE HDIDOU 44, Rue Tarabous, Casablanca Tel: 0522 20 29 30	25/05/2021 Rue Tarabous Casablanca 0522 20 29 30				83900,00

#### **VOLET ADHERENT**

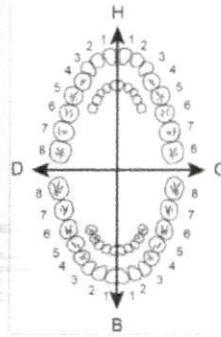
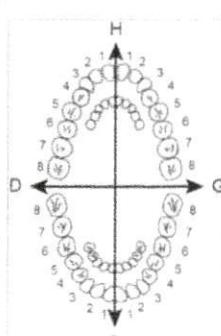
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **BELIEVE 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	INP : <input type="text"/>	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H  D  B	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Fouad NCIRI**  
OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des Yeux  
Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II

Ancien Internat des Hôpitaux de France

**CHIBRO-CADRON**

Collyre-Flacon 5 ml

PPV 28.60 DH

A.M.M .Maroc N°116 DMP / 21/NCV

Distribué par les laboratoires SOTHEMA

B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC



6 118001 071425

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



الدكتور فواض النصيري

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراح كلية الطب ببوردو فرنسا

داخلي سابق بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des Glaucomes

Chirurgie Vitréo - Rétinienne

Chirurgie cataracte par Phako- émulsification

enca, le:

26/3/21

بالميعاد

الدار البيضاء في :

PHTHALMOLOGUE  
Dr Fouad NCIRI  
33, Rue Tarabout, Casablanca  
Tél: 0522 39 83 44

OPTIQUE HDIDOU  
44, Rue Tarabout, Casablanca  
Tél: 0522 20 29 30



06 61 19 75 41 - المحمول: 05 22 36 83 44 - الهاتف: 05 22 39 87 22 - العنوان: 283  
شارع الزرقوني، الطابق الأول - الدار البيضاء - المغرب  
283, Bd Zerkouni 1<sup>er</sup> Étage - Casablanca - Tél : 05 22 39 87 22 - Fax : 05 22 36 83 44 - Gsm : 06 61 19 75 41

# OPTIQUE HDIDOU

Opticienne - Optométriste  
Diplômée de l'institut supérieur d'optométrie  
et d'optique de contact de Bruxelles (I.O.R.T)

DATE: 26/03/2021

FACTURE N° 210 262

NOM: OUDGHIRI MLY IDRIS

MEDECIN: NCIRI FOUAD

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	+0.50			2.50
V.L.G	+0.50	-0.25	125	2.50
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
GUESS GU 7642 32F 58-13	900.00
VERRES	
PROG POWER ORG 1.6 TRANSITION GRIS ANTIREFLI	4000.00
PROG POWER ORG 1.6 TRANSITION GRIS ANTIREFLI	4000.00
Total T.T.C:	8 900.00
T.V.A	1483.33

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:  
HUIT MILLE NEUF CENTS DIRHAMS

Mode de règlement

OPTIQUE HDIDOU

44, Rue Tarabrousse, Casablanca

Tél: 0522 20 29 30