

# 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)

691

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAHRI Naja

Date de naissance :

01/06/1964

Adresse :

0662162682

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@omail.com

Date de consultation :

10 SEP. 2021

Nom et prénom du malade :

TAHRI Naja

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection ophtalmologique

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 : 16/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Naja.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10 SEP 2021	C2	300,-		INP : <input type="text"/> ERADA Mohamed TALMOLOGISTE Imoumen, Rte ACAPULCO 40 / 0522 99 40 41 id@mail.com

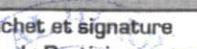
## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Siham</i> Pharmacie Siham 31-34 N° 6 Omaria Angle Rue Hay Inara - Casablanca Tél. 022 11 11</p>	<i>10/09/2021</i>	<i>119,00</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

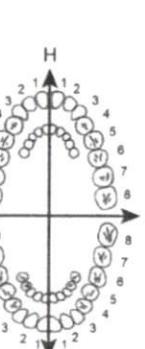
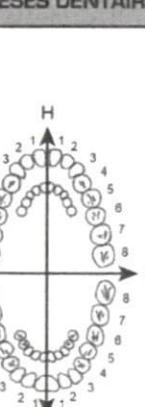
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
	15/09/2011	15	00	00	00	3100,-	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																							
		25533412	21433552																						
		00000000	00000000																						
		<hr/>																							
D																									
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
<hr/>																									
B																									
G																									
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

Docteur Mohammed Berrada

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد برادة

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميوبيا بالليزر

Casablanca, le ..... 10. SEP. 2021

TAHIRI

Noji

lunettes



PPC 99,00 DH

LOT 010221  
02/23/02

OD. (130. + 05) + 1,25

OG. (20. + 075) + 1,5

mes. ODS. 010 + 2,50

verres progressifs au  
sur mesure

20,00

Correctol colly

Sihain Farajella  
Pharmacie Sihain  
Omaria Angle Rue 31-34 N°64  
Casablanca

Hay marrakech

500g x 31 j x 1 mois

99,00 Hyg colly

500g x 31 j x 2 mois

119,00

104 مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء (عقاري السياحي) - 104, بول. عبد المؤمن، رصيف ACAPULCO  
Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abd. Eloumen, Rue ACAPULCO  
Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 - الهاتف : 05 22 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

BERRADA Mohammed  
OPHTHALMOLOGISTE  
كلمة أكابولكو 104، بول. عبد المؤمن، رصيف ACAPULCO  
Tél.: 05 22 99 40 40 / 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

ODG

# AL HORRIA OP

Aln Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



# بصريات الحرية

عن الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
دار البيضاء

N° 005940

Docteur : Rolammed Berrada  
Mr. : Tahiri Najia

## Nomenclature :

Montures :	VL	<u>Optique</u>	<u>700,-</u>
	VP		
Type de verres :		<u>Optique</u> <u>progressif</u>	

## \* VISION DE LOIN :

OD :	Axe :	<u>30°</u>	Cyl :	<u>+0,50</u>	Sph :	<u>+1,25</u>	<u>1200,-</u>
OG :	Axe :	<u>20°</u>	Cyl :	<u>+0,95</u>	Sph :	<u>+1,50</u>	<u>1200,-</u>

## \* VISION DE PRES :

OD :	Axe :	Cyl :	Sph :	
OG :	Axe :	Cyl :	Sph :	
			Add :	<u>+2,50</u>

OD G ✓ = 3100,-

Total : trois mille cent DH

Date : 15.10.91