

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **adie 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.



## **Déclaration de Maladie**

N° P19-0030056

N°: 11708

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8421 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NASSIME MOHAMED

Date de naissance : 01-07-1947

Adresse : lotissement opération LISSASFA n° I-86

LISSASFA CASA BLANCA

Tél. : 0667280051 Total des frais engagés : 2150 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2019

Nom et prénom du malade : NA SSIIME - moh

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 : Casablanca Le : 27/11/19

Signature de l'adhérent(e) : Lahoucyl

## **Adresses Mails utiles**

|                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

UPRAS 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

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/11/2019      | -8+P              | 16 300.00             |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date            | Montant de la Facture |
|--|-----------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE<br/>Medicaments Zouhour<br/>El Leithia<br/>Doha City - Casablanca</i> | <i>14/11/19</i> | <i>52,90</i>          |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins                          | Nombre    |    |                                       |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|--|-----------|----|---------------------------------------|----|------------------------------------|
|                                     |  | AM        | PC | IM                                    | IV |                                    |
| Zouhair Redouane<br>00/00/00        | 20/01/90<br>36 - Casablanca<br>40 00 39 00 | 90(M) 90% |    | 2 Verre<br>progressif<br>+<br>monture |    | 180 DT.                            |

## 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 d

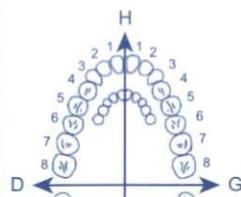
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 25533411 | 21433553 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

# 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 اللطيف زكرياء

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا

14 November

2019

**Mr. NASSIME Mohamed**

VIKET COLLYRE



1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR PENDANT 30 JOURS

529



N° LOT:  
EXP:  
PPV:

191118E  
5/2022  
520H90

Abdellatif Zakarrya  
GSM : 06 67 60 35  
234 El Hassanien - Bourgogne - Casablanca  
Nadia GOURANI  
PHARMACEUTICALS PARTNERS

Dr. ZAKARRYA Abdellatif  
OPHTHALMOLOGIST  
LASE - EXCIMER  
Rue Sultan Abdellah  
Bourgogne - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 22 99 - 05 22 95 01 22

معتمد لرخصة القيادة

**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

# مركز طب وجراحة العيون بوركون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE 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

دكتور عبد اللطيف زكرياء

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا

طبيب القوات الجوية الفرنسية

14 November

2019

Mr. NASSIME Mohamed

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
blue eyewear Antireflets

VL :

$$OD = + 1.50$$

$$OG = + 1.50$$

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

$$ODG = Add : + 3.00$$



معتمد لرخصة القيادة Agree 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

**REFLEX  
OPTIC****Hicham EL AMRI**

Opticien Optométriste

Diplômé depuis 1999

Adaptation Lentilles de Contact



Route Zoubair Rsd El Khozama

E/4 magasin N°36 - Casablanca

Tél : 0522 89 73 67

RC : 427194 - Patente : 36235604 - IF : 648418

**FACTURE N° : 0001158**

Casablanca Le : 20 / 11 / 2019

Nom & Prénom : NASSIM MOHAMEDType de Verre : O M H MC progressif.

|                  | S.P.H | C.Y.L          | AXE   | ADD             | Prix        |
|------------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------------|
| OD               | +1,50 | .....          | ..... | +3,00           | 600         |
| OG               | +1,50 | .....          | ..... | +3,00           | 600         |
| <b>Monture :</b> | ..... | <u>Optique</u> |       |                 | 600         |
|                  |       |                |       | <b>Prix TTC</b> | <u>1800</u> |

Arrêter la présente facture à la somme de : Mille  
huit cents Dhs

Signature et Cachet

~~REFLEX OPTIC~~~~Route Zoubair Rsd El Khozama E/4~~~~Magasin N° 36 - casablanca~~~~Tel : 05 40 00 39 00~~