

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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 canaux, 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 canaux.

## 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 068306

☐ Maladie.

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2371 Société : 86386

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUHARI MOHAMED

Date de naissance : 12/02/1951

Adresse : RES RAM RTE EL JADIDA IMM 6 APPT 602 CASA.

Tél. : 0661834452 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2019

Nom et prénom du malade : TOUHARI MOHAMED

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 : Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 15/03/21        | C2 + C5           |                       |                                 | <i>[Signature]</i>                                             |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                            | Date     | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <i>[Stamp: Pharmacie Minerva, 100, Route El Jadida, CASABLANCA, 022-98.24.76]</i> | 15/03/21 | 187,80                |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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

| 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                     | H                  | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | H                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                   |                     | MONTANTS DES SOINS |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     | DATE DU DEVIS      |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DATE DE L'EXECUTION |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohamed ZIDI

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

## CHIRURGIE VITRÉO-RETINIENNE

Diplômé des Universités de Médecine de Paris

Ancien Interne du CHNO des Quinze-Vingts

Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Européenne de Rétine

OCT - Angiographie (Fluo / ICG) - Laser - Echographie



# الدكتور محمد الزيدي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

## جراحة الشبكية

خريج جامعات الطب بباريس

جراح سابق بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية للشبكية

15 septembre 2021

تصوير الشبكية - الليزر - الفحص بالمسحوق

Mr. TOUHAMI Mohamed

A instiller dans les deux yeux

30.30

- Icomb, collyre :

1 goutte trois fois par jour pendant 2 semaines.

28.50

- Icin , collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

130.00

-Hyfresh , collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.

T. 187.80

En cas d'urgence ( douleur, baisse de la vue ou rougeur), veuillez contacter

> 7h-19h: 0522234989

>19h-7h 0616160864//0623247489

Dr. ZIDI Mohamed  
Ophtalmologiste  
25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)  
Lotissement Gnymer Oasis Casablanca



INPE 090060914