

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI

MY ipriss

Date de naissance :

15/07/63

Adresse :

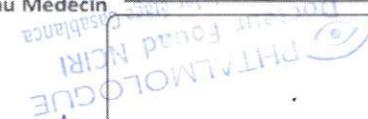
57 mme 35 lot ALAINOUN CASA

Tél. : 0661312755

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 28

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

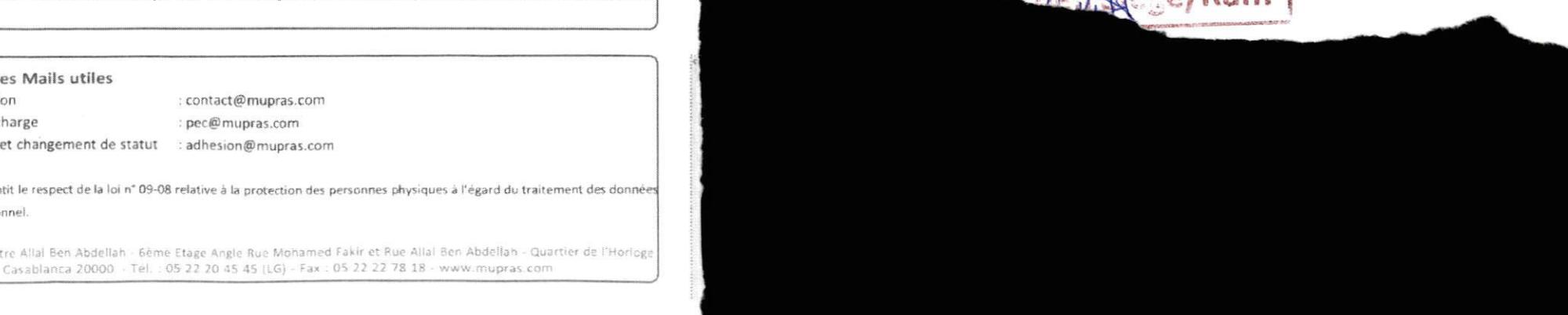
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 lu et compris l'importance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 30/07/2019

Signature : DR HABIB BEN HASSINE



## **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
30/01/15 Sel		1	2000	INP : 091ANAS5827 PTALMOLOGIE Docteur Fouad NCHI 283, Bd Zerkoumi, 1er étage T : 25 22 30 61 - Fax : 25

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.08.79	131,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
NETTIE Branca 139536			

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

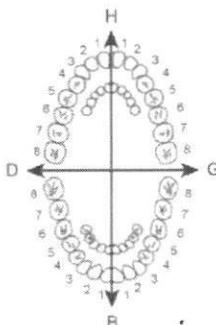
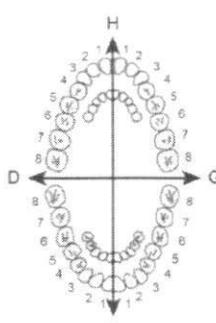
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIQUE HDIDOU 44, Rue Tarabous, Casablanca Tél: 0522 20 29 30	31/08/2009					1300,00

## **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 : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
		<p><b>H</b></p> <table border="0"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> 00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411 11433553</td></tr> </table> <p><b>G</b></p> <p><b>B</b></p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<input checked="" type="checkbox"/> 00000000		35533411 11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
25533412	21433552												
00000000	00000000												
<input checked="" type="checkbox"/> 00000000													
35533411 11433553													
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								
					<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								

## Docteur Fouad NCIRI

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II

Ancien Interne des Hôpitaux de France



الدكتور فؤاد النصيري

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب ببوردو فرنسا

داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des Glaucomes  
 Chirurgie Vitréo - Rétinienne  
 Chirurgie cataracte par phako-émulsification

Sur Rendez-vous

بالميعاد

Casablanca, le :

30/8/UG

الدار البيضاء في :

**STERDEX pomme ophtalmique**  
 Desamétasone 0,267 mg /  
 Oxytétracycline 1,335 mg  
 PPV : 26,40 DH

6 118001 100378  
 Enrg. MA : n° 10714 DMP/21/NRQ  
 10714 DMP/21/NRQ رقم اللصق  
 Distribué par COOPER PHARMA  
 41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUFI

21762

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

283 - شارع الزرقطوني، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 83 44 - الفاكس : 05 22 39 87 22 - المحمول : 06 61 19 75 41

283, Bd. Zerkouni, 1er Etage - 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:** 31/08/2019

**FACTURE N° 35 509**

**NOM:** OUDGHIRI YASSINE

**MEDECIN: FOUAD NCIRI**

	<b>SPH</b>	<b>CYL</b>	<b>AXE</b>	<b>ADD</b>
<b>V.L.D</b>	+0.50			
<b>V.L.G</b>	+0.50	-0.50	100	
<b>V.P.D</b>				
<b>V.P.G</b>				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE PIERRE LOTI PLC 01 C1 52-18 140	1000.00
VERRES ORGANIQUE 1.5 BLANC ANTIREFLET BLEU ORGANIQUE 1.5 BLANC ANTIREFLET BLEU	350.00 350.00
	<i>on /</i>
Total T.T.C:	1 700.00
T.V.A	283.33

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:  
MILLE SEPT CENTS DIRHAMS**

## Mode de règlement

**OPTIQUE INDIGO**  
44, Rue Tardous, Casa  
Tél: 0522 20 29 30