

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.

N° W21-768834

14 7818

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 8985 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : TAZI MOHAMED YASSIR | | | |
| Date de naissance : 07/06/1971 | | | |
| Adresse : CGR - Rue des genêpiers, villa 44 Ville verte | | | |
| Tél. : 0661 062540 | Total des frais engagés : 2500 Dhs | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 28/10/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : ICADI RI Meryem Age: 41 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Connectiv cephagique | | | |
| 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 : 28/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| <u>28</u> | | | | INP : <u>09101547</u> |
| <u>10</u> | <u>Acte</u> | | <u>G</u> | Dr. Véronique CPHTALM Abdelhacem Chtat tél: 05 22 86 16 00 |
| <u>2022</u> | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| BLICK OPTIC s.a.r.l <i>Sylvia Chouaib Rohne</i> Opticienne - Optométriste 19 Rue Abdellah Ben Haché Casablanca TEL: 0522 85 50 49 RC: 103235 - INPE: 095005021 ICE: 0000038946000001 | 17/11/22 | 2500 - dti |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ophtalmologiste



الدكتور عادل وحيدى

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة المجلالة - الجول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

28/10/2022

Casablanca, le :

KADIRI Meryem

DE PRES Organiques

Oeil Droit : + 1,00

Oeil Gauche : + 1,00

BLICK OPTIC s.a.r.l
Sylvia Chouaib Rohné
Opticienne - Optométriste
19, Rue Abou Omar El Harite Casablanca
Tél : 0522 85 50 49
RC:103235 - INPE: 095005021
ICE: 000038949000051



Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 05 22 86 14 18

الهاتف الجموم : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

FACTURE N° 4959

Le 17/11 2022

BLICK OPTIC s.a.r.l.
19, Rue Abou Omar El Harite
Tél./Fax 05 22 85 50 49
I.F. 02501567 - R.C. 103235
Patente 34450450

Mme. KADIRI, Meryem

Ord. : Dr. Wahidy du : 28/10/22

Doit

| | | Prix Unit TTC | Prix Σ TTC |
|------------|---------------------------|---------------|------------|
| 1. | monture : acétate | 1000.- | 1000.- |
| 2. | verres : org.bl 1.6 AR FB | 750.- | 1500.- |
| 400/400 | | | |
| 00 : +1.00 | | | |
| 0G : +1.00 | | | |

La présente facture est arrêtée à la somme de:

= DEUX MILLE CINQ CENT = de TTC

TTC 2500 - dh

BLICK OPTIC s.a.r.l.
Sylvia Choualib Rohne
Opticienne - Optométriste
19, Rue Abou Omar El Harite Casablanca
Tél: 0522 85 50 49
R.C. 103235 - INPE: 085005021
ICE: 000038949000051