

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° W21-707002

112809

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1529	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e), Nom & Prénom : CHOUKRI EL HOUSSINE	<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 1950	à OUDJA		
Adresse : Rte Maghnia , 32 , RUE EL KAFOR LOT MOKRI OUDJI			
Tél. : 0661263090	Total des frais engagés / Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Dalila SBAI IDRISI, Ophtalmologiste 84, Bd My Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 091033100			
Cachet du médecin : 01 MARS 2023			
Date de consultation : BEN AHMED JAMILA Age: 63 ans			
Nom et prénom du malade : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Lui-même Nature de la maladie : Affection de la peau et des os			
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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 01/03/2023

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
01 Mars 2023	Ophtalmologie	63	600	INP : INPE: 091033100 Dr. Dalila SBAI IDRISI Ophtalmologue 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 20 86 06 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 TENNIS Dr CHAKI Zin Edine N°19 Rte Meknès 83 - Oujda Tel: 0535 69 00 02 - Oujda INPE: 087 055 95 65	07/03/2023	592,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	6-3-2023 INP : 085028314 Aut: 8123					OPTIQUE EL GHAZI HABIB Opticien, Optométriste Tel: 05 36 69 89 72 26999 - IF Compteur 05 36 69 89 72 IF 18/03/2023

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 de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE EL GHazi HABIB

EL GHazi HABIB

Opticien - Optométriste
Lentilles de Contact
Prothèse Oculaire

93, Bd. Allal Ben Abdellah - OUJDA

05 36 69 69 72

INP : 085028314

Aut. N° : 8123

بيانات الفازي حبيب

فرازي حبيب

نظاراتي

اصي في العدسات البصرية

PPC : 140DH00 ع علال بن عبد الله - وجدة

05 36 69 69 72

2025/02

000122

LOT

Oujda, le : 6 - 3 - 2023

FACTURE N° 2

Nomenclature	N.P.	Benz Haneif Yannick
O.D. 572	V.L. { O.D. 50 (18-110) - 475	
O.G. Almuf	O.G. 60 (18-110) - 600	
Allyat	V.P. { O.D. 950 (18-110) - 712	
	O.G.	

FOURNITURE :

1 Monture	2000 Dhs
2 Verres	700 Dhs
TOTAL	900 Dhs

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

OPTIQUE EL GHazi HABIB
Opticien Optométriste
Bd. Allal Ben Abdellah
05 36 69 69 72
IE 15161163
Commun 0014266000004
TP 10703284

Neuf cent DH



PPC : 140DH00

LOT : M 00122
2025/02

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP

3 760162 579741

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

406836 MA

6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS

407253 MA

6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS

407253 MA

Docteur SBAI IDRISI

الدكتورة دليله سباعي الإدريسي

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 01 mars 2023

Mme BENAHMED Jamila

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets, Amincis

VL : OD = - 4.75 (- 1.00 à 5°)

OG = - 6.00 (- 1.50 à 18°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50

EIP : 60.5 mm

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

OPTIQUE EL GHAZI HABIB
Opticien Optométriste
Tel: 05 36 69 69 72
RC 26999 - IF Commun 0014258000004
IF 15161165 - TP 10703284

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 01 mars 2023

Mme BENAHMED Jamila

30.70 x 2

180.40 OPATANOL COLLYRE

une goutte x 2 par jour pdt 2 mois

(AS)

35.70 x 1

TOBRADEX COLLYRE

(AS)

1 goutte x 4 par jour pdt 4 jours

1 goutte x 3 par jour pdt 4 jours

1 goutte x 2 par jour pdt 4 jours

1 goutte par jour pdt 4 jours

140.00 x 2

MIXTEARS

(AS)

1 goutte x 3 à 4 par jour pendant 2 mois

95.00 x 2

EXTRAMAG

(AS)

1 cp par jour e matin après le petit déjeuner pdt 1 mois

dans les deux yeux

T: 592.70

لا يقبل أي تغيير ل تاريخ الفحص

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophthalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

PHARMACIE TENNIS
Dr CHAKI Zin-Eddine
Rte M'Gounia 83 - N°19
Tél: 05 34 86 08 33
IN.P.E: 0820 55963