

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-441311

9840

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELGAZZAR Chaïfa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0613700824 Total des frais engagés : 529 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur JENNANE Naoual
Ophtalmologiste
Avenue Alkarama, N° 3482
Hay Alwifaq - Témara
GSM : 06 51 77 67 31 - Tél: 05 37 62 70 71
Code INPE : 101170570

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/06/2023

Nom et prénom du malade : BELGAZZAR Chaïfa Age: 58 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation Ophtalmologiste

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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.

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

| 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 |
| 26/04/23 | C5 | | 300,000 | INP : INPE : 10117057 Docteur JENNANE Nao Ophtalmologiste |

Docteur JENNANE Naoual
Ophtalmologiste
Avenue Alkarama, N° 3482

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>Pharmacie AL WOLLOUD Secteur 3, N°3482, AL Wifaa -Témara- Tél: 05 37 64 51 85</p> | 26/04/23 | 229,00 |

06 51 77 82 31 - Tél: 05 37 62 70 71

Code INPE: 101170579

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

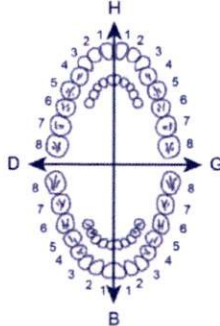
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|---|--|---------------------|-------------|---|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

| Nature des Soins | Soins de base | Soins de confort | Soins de soins infirmiers | Soins médicaux | Soins dentaires | Soins de rééducation | Soins de réinsertion | Soins de réhabilitation | Soins de réadaptation | Soins de rééducation | Soins de réinsertion | Soins de réhabilitation | Soins de réadaptation |
|------------------|------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Soins de base | Soins de confort | Soins de soins infirmiers | Soins médicaux | Soins dentaires | Soins de rééducation | Soins de réinsertion | Soins de réhabilitation | Soins de réadaptation | Soins de rééducation | Soins de réinsertion | Soins de réhabilitation | Soins de réadaptation | |

Coefficient

INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|---|----------|
| | H | |
| 25533412 | | 21433552 |
| 00000000 | | 00000000 |
| D | | G |
| 00000000 | | 00000000 |
| 35533411 | | 11433553 |
| | B | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste, Chirurgienne
- Diplôme de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
- Ancien médecin à la clinique
Montchoisi . Lausanne . Suisse



CENTRE SUISSE D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة جنان نوال
أخصائية طب وجراحة العيون
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيبة سابقة بمصحة مونشوزاي - لوزان - سويسرا

26/04/2023

Mme BELGAZZAR Charifa

150,00

HYLOPARIN

1 goutte 2 fois pdt 15 jours, dans l'œil gauche

79,00

PURE COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 15 jours

| |
|---------------|
| 2025-03 |
| LOT 304451 |
| 150 DH |
| PPC: |
| LOT 0530222 |
| 2025 02 |
| PPC DHS 79,00 |

229,00

Pharmacie AL WOUROUD
Secteur-3, N°3482, AL Wifaq
-Témara -
Tél: 05 37 64 51 85

102078698

Centre Suisse d'Ophtalmologie
Docteur JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste
Hay Al wifaq - Témara
GSM: 06 32 52 10 67 / Tél: 05 37 62 70 71