

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-441311

9940

A 59239

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEL GAZZAR Charifer

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0613700824 Total des frais engagés : 529 Dhs

Docteur JENNANF Naoual

Ophthalmologiste

Avenue Alkarama, N° 3482

Hay Alwifaq - Témara

GSM : 06 51 77 67 31 - Tél: 05 37 62 70 71

Code INPE 101170572

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELGAZZAR

Lien de parenté : Lui-même

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 pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHERENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 26/04/23 | CS | | 300,00 DH | INP : INPE: 101170579 Docteur JENNANE Naoual Ophthalmologiste Avenue Alkarama, N° 3482 Témara - Maroc Tél: 05 37 64 51 85 102078698 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie AL WIFAD Secteur 3, N°3482, AL Wifad Témara - Maroc Tél: 05 37 64 51 85 | 26/04/23 | 229,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : [] |
|-------------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------------|
| [Diagramme d'ODF] | [] | [] | [] | Coefficient des travaux [] |
| [Diagramme d'ODF] | [] | [] | [] | Montants des soins [] |
| [Diagramme d'ODF] | [] | [] | [] | Début d'exécution [] |
| [Diagramme d'ODF] | [] | [] | [] | Fin d'exécution [] |
| [Diagramme d'ODF] | [] | [] | [] | Coefficient des travaux [] |
| [Diagramme d'ODF] | [] | [] | [] | Montants des soins [] |
| [Diagramme d'ODF] | [] | [] | [] | Date du devis [] |
| [Diagramme d'ODF] | [] | [] | [] | Date de l'exécution [] |

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr JENNANE NAOUAL

Ophthalmologist, Surgeon

- Diploma from the Faculty of Medicine and Pharmacy of Rabat
- Former physician at the Montchoisi Clinic . Lausanne . Switzerland



CENTRE SUISSE D'OPHTHALMOLOGIE

الدكتورة جنان نوال

أخصائية طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة سابقة بمصحة مونشوزي - 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 |
| 304461 |
| 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'Ophthalmologie
Docteur JENNANE Naoual
Ophthalmologiste
Av Al wifaq - Témara
Tél: 05 37 52 10 67 / 06 37 62 70 71

شارع الكرامة، الرقم 3482 حي الوفاق - تمارة أمام مسجد الإيمان (قرب صيدلية الورود)

Tél: 05 37 62 70 71 / 06 37 52 10 67 - Email: naoualjennane.oph@gmail.com

INPE: 101170579 CNSS: 5613212 ICE: 001992905000084