

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0023199

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2698

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUMZAI Rig La houcine

Date de naissance :

02/07/1953

Adresse :

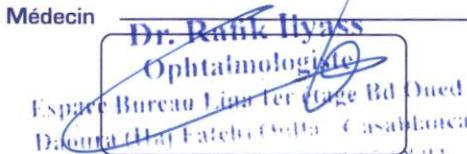
Lot Sidi Abderrahmane

Tél. : 06335292

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/10/2023

Nom et prénom du malade :

La houcine BOUMZAI Rig

Age: 70

Lien de parenté :

Lui-même

Dr. RANK HYASS

Enfant

Nature de la maladie :

correction oculaire

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Tel. 05 22 10 12 57 - Tel. 05 22 10 12 57 - Tel. 05 22 10 12 57 - Tel. 05 22 10 12 57

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 : CASA

Le 01/11/2023

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
26/10/2023	c		980 Dhs Espace Bureau Linia 1er étage Bd Oum Daoura (Haj Fatch) Oujda - Casablanca Tél: 05 22 10 12 57 - 06 63 65 68 04	Dr. B. A. Ophthalmologiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE A. JASSET 33120 MÉNEDON D 06 56 55 55 55 T 022.9. 28.13-Fax:02.193.26.35</p> 	26-10-23	159,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	26/10/23					3.700.- dt

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr RAFIK ILYASS

**OPHTALMOLOGISTE
ADULTES ET ENFANTS**



د. إلدياس الرفيق

**طب و جراحة العيون
للكلبار والصغار**

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne du CHU Ibn Rochd

Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ غشت

Casablanca le

26 octobre 2023

Mr BOUMZAIRIG Lahoucine

Monture + verres correcteurs progressifs Champ large Antireflets,
Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.75 (- 1.25 à 90°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 95°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

HYLO-CARE collyre



1 goutte 3 fois par jour et au besoin, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Dulta - Casablanca (avec ascenseur)

عمراء لينة، الطابق الأول - شارع واد المورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصدر)

*Dr. Rafik Ilyass
Ophtalmologiste
Boulevard Haj Fateh 1er étage Casablanca
Daoura (Haj Fateh) Casablanca 10000
Tél. 05 22 46 12 22*

dr.rafik.ilyass@gmail.com

OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

M^E BOUMZAIRI G LAHOUCLINE

CASABLANCA Le : 26/10/2023

FACTURE N°: 03572023

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille Sept cent vingt

Opelique Vision