

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° W19-571962

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 10920 | Société : Agua | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : LAAARAJ NADIA | | | |
| Date de naissance : 30/09/1975 | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0666149412 | | Total des frais engagés : 7500,00 Dhs | |
| Dr. Dalila SBAI IDRISI | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 96 06 06 INPE: 0910334000 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 06 JAN 2014 | | | |
| Nom et prénom du malade : LAAARAJ | | | |
| Lien de parenté : Lui-même | | | |
| Nouvelles maladie : Alight | | | |
| 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 : / /



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06 JAN 2021 | 27 | 6 | 300 | <p>INPE: 091033100</p> <p>Dr. Dalila SBAI IDRISI</p> <p>Ophthalmologue</p> <p>84, Bd My Driss 1er</p> <p>Tél: 05 22 86 06 06</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| VISION 4 ALL Mme. Jitane FLEDAOUSSY 12, Rue George Sand, Val Fleuri - Casablanca Tél: 010 21112 - N°PE: 00378-77 | 2024-04-24 | | | | | 7500 DH |

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 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 06 janvier 2024

Mme LAARAJ Nadia

Monture + verres correcteurs Antireflets , progrissifs

Vision de loin :

OD = + 2.50 (- 1.00 à 27°)

OG = Plan (- 0.25 à 160°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.00

EIP : 59.5 mm

~~VISION 4 ALL~~

Mme. Imane EL DAOUSSI

12, Rue George Sand, Val Fleuri - Casablanca

Tél: 02 12 44 12 - 11 36 000 187

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

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

VISION

For All

12 Rue George Sand,
Val Fleuri, Casablanca
Tél: 0703121112

Casablanca le 13/01/2024

FACTURE: F24/008

LAARAJ NADIA

PRESCRIPTION POUR VISION DE LOIN ET DE PRES:

OD: +2.50 (-1.00) 27° ADD +2.00

OG: PLAN (-0.25) 160° ADD +2.00

| DESCRIPTION | MONTANT DH TTC |
|--------------------------------------|----------------|
| UNE MONTURE | 2000.00 |
| UN VERRE DROIT ORGANIQUE PROGRESSIF | 2750.00 |
| UN VERRE GAUCHE ORGANIQUE PROGRESSIF | 2750.00 |
| Dont TVA 20% | 1250.00 |
| TOTAL TTC | 7500.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de:

SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

VISION 4 ALL
Mme, Jihane FIRDAOUSSI
12, Rue George Sand, Val Fleuri Casablanca
Tél: 0703121112 - INPE: 095028577