

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 canaux, 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 canaux.

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

M23-0022143

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2280 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOUKRY REDOUANE
Date de naissance : 11/04/1953
Adresse :
Tél. : 0677945668 Total des frais engagés : 3955,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Soumaya C. EBHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 33 47
Date de consultation : 19.02.2024
Nom et prénom du malade : BENMOUSSA NADIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Amétropie
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Berrechid Le : 19/02/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS respecte de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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
19/02/24	C2		300,00 dh	Dr. Soumaya C. EBIHI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafi Berrechid Tél : 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Siham TAMIR
N° 1-2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechid
Tél : 0522 33 68 22

19/02/24 1155,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

19/02/24 2500 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

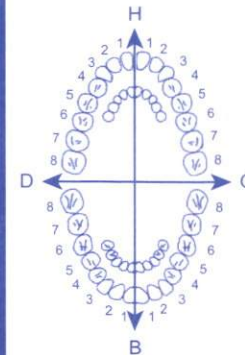
Veuillez joindre les radiographies en

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
AMM N° 591/18 DMP/21/NRQ
PPV 179.60 DH



SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

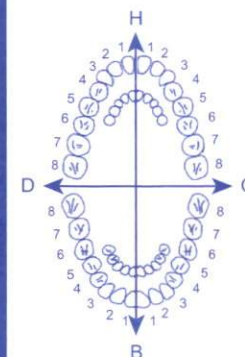


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

557
50-5202
LOT
101
Oxyal



COMPTES-GOUTTES OCULAIRES
SOLUTION OPHTHALMIQUE
LUBRIFIANTE À BASE
D'ACIDE HYALURONIQUE ET
D'ÉLECTROLYTES ESSENTIELS

65,00 DH

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1^{er} étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47

الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 05 22 32 48 47



سجدة الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr : Siham TAMIR
N: 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide
Fix : 0522336822

Berrechid, le

19/02/2024

Mme BENMOUSSA Nadia

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 0.25 (- 1.25 à 140°)

OG = + 0.25 (- 1.25 à 30°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

179,60 x 5
192,10

1/ DUOTRAV: collyre cl

1 goutte / jour le soir au coucher, dans les deux yeux 6 flacons 6 mois

65,00

1/ OXYAL: collyre

1 goutte 3 fois / jour, dans les deux yeux

111,55,10

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

Opticien Optométriste
Bd. E. Bloc 106, N° 7
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél : 0522 60 34 38 GSM : 0669 00 00 00

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste

Bloc Kodja 106 Bd. E

N°7 Bis, El Hay Mohammadi - Casa

Tél : 06 69 00 97 56

05 22 60 34 93

Patente : 32825428



نظارات مساوي

أخصائي في النظارات البصرية

بلوك الكدية 106 - الحي المحمدي E

الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا : 32825428

N° 004499

Ordonnance de M. le Docteur : CHEBIHI

N° de nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D: <u>140° 1.25 + 0.25</u>	PRES	O.D: <u>+ 2.75</u>
	O.G: <u>30° 1.25 + 0.25</u>		O.G: <u> </u>

FOURNITURE

1 Monture : METAL

2 Verres : progressifs
ORMA

Etuils : ANTIREFLET

Total : 2500 D1-

500^{D4}

1000^{D4}

1000^{D14}

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 19/02/24

M. ou Mme : BEN MOUSSA NADIA

ICE : 001789511000067 - ID : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031