

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

M23-001437

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8244

Société : 903773

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENTALEB Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661233988

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBHI HASSAN
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47



16 AVR 2024

Nom et prénom du malade : BENTALEB Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ametropie

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 :

Le : / /

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
6 AVR. 2024	C		G	<p>Dr. Soumaya CHEBHI HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba ibnou Nafil Benachid Tél : 0522 32 48 47</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPT Opticien Optométriste Réf : 054	29/04/24					3000,00

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<				

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

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 للشبكيّة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطريق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

16/04/2024

Mr BENTALEB Abdelwahed

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,
Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 3.25 (- 0.50 à 80°)

OG = + 4.50 (- 0.25 à 100°)

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

186, av. zerkouni El Jadida

Tél : 05 23 34 18 30

Gsm : 06 61 23 83 74

بصريات ثاقب

OPTAKIB

Nº 000253

186، شارع الزرقطوني برشيد الجديدة

الهاتف: 05 23 34 18 30

المحمول: 06 61 23 83 74

FACTURE N° :

Monsieur : BEN TALEB ABDELWAHED.

Ordonnance du Docteur : CHABILI HASSAN

El Jadida le : 23/04/2024

N° de nomenclature
Correspondant à la
Prescription

LOIN : O.D. (180 -0,5) +3,50
O.G. (100 -0,20) +4,00

D.F : O.D.
O.G.

PRES : O.D.
O.G. Ad +3,00

FOURNITURE

1 MONTURE

COULEUR : Metal Flex

200,-

2 VERRES

TEINTE : Pinien 70 mm
super hôte refl.

230,-

ÉTUI :

TOTAL TTC :

320,-

ARRÉTÉE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : Très M. El Jadida

CACHET ET SIGNATURE

OPTAKIB

Opticien Optométriste

186, Av. Zerkouni EL JADIDA

Tél: 05 23 34 18 30