

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

W21-851487

24010

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricole : 09839 | | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : KHATAR TARIK | | Date de naissance : 25/03/1973 | |
| Adresse : | | | |
| Tél. 0661 052 139 | | Total des frais engagés : 0hs | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : 22/04/2024 | | | |
| Nom et prénom du malade : KHATAR TARIK Age : | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : cornéodégeneration | | | |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/04/2024 | 5 | | 250 dh | DR. CHAOUKI LARHOMED OK Chalima - Dr. Jasmine 88, Res. "Coiza" Bd Oum Rabii - Casablanca INPE : 06128681 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|--|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| Dr. ADO OPTICO Praticien Optométriste Mila 1 Rue 5 N° 21 Casablanca | 29/04/2024 | | | | | 260,- |

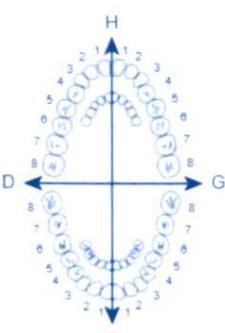
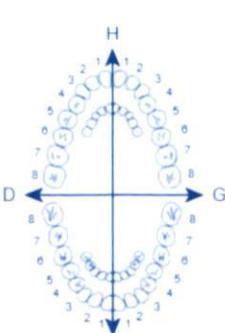
line AANIBA
5066078

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 | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|---|---|---|---|
|  | | | | |  |
| | | | | |  |
| | | | | |  |
| | | | | |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H | 25533412 | 21433552 |  | |
| D | 00000000 | 00000000 |  | | |
| B | 00000000 | 00000000 |  | | |
| G | 35533411 | 11433553 |  | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession | Montant des Honoraires | MONTANTS DES SOINS | | | |
| | |  | | | |
| DATE DU DEVIS | |  | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | |  | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |

Dr. CHAOUI ROQAI Yasmine
Ophthalmologiste

Adultes et enfants

Ancien Ophthalmologiste à l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat
Ancien Interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplômée en contactologie de Paris



الدكتورة الشاوي رقعي ياسمين

اختصاصية في طب وجراحة العيون

كبار وصغار

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
دبلوم جامعي في العدسات اللاصقة باريس

Casablanca le 22 avril 2024

Mr KHATAR Tarik

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = - 1.75 (- 2.25 à 175°)

OG = - 2.25 (- 2.50 à 5°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.00

Dr. CHAOUI ROQAI Yasmine
Ophthalmologue
88 Rés. "Colza" Appt 3
Bd Oum Rabil - Casablanca
INPE : 06128651

JADO OPTIC
Optician - Optometriste
Jamilia 1 Rue 5 N° 27
C D Casablanca

88، إقامة كولزا، الطابق الأول الشقة رقم 3، شارع أم الربيع، الحي الحسني . الدار البيضاء
88, rés. Colza, 1^{er} étage appt. N°3,Bd Oum Rabil, Hay Hassani - Casablanca

📞 05 20 39 26 46 ☎ 06 61 77 04 74 📩 dr.ychaoui@ophthalmo-casa.ma

JADO OPTIC

OPTICIEN - OPTOMETRISTE



Jamila 1, Rue 5, N° 27 CD - Casablanca
 R.C. : 457398 - I.F. : 60163986 - Patente : 33803965
 I.C.E. : 003426857000057

FACTURE N° 000859

Casablanca, le : 29/09/24

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| M : | M H ATAR TARik | | |
| Docteur : | C. B YAS MINÉ | | |
| Monture : | optique | | |
| Verres : | lunettes OAMA ARADA | | |
| VL | OD : -1,50 (-2,00 +1,50) | OG : -2,00 (-2,00 +1,50) | 160,- |
| ADD | | | |
| VP | OD : +2,00 | OG : +2,00 | 160,- |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | Total : | 260,- |
| Dix-sept mille deux cent | | | |
| JMK | | | |

Signature et Cachet

JADO OPTIC
 Opticien - Optométriste
 Jamila 1 Rue 5 N° 27
 CD Casablanca