

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Alial 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



Déclaration de Maladie

N° W19-411336

53186

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6881 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TIZAGHTI OMAR

Date de naissance : 07 / 02 / 1967

Adresse :

Tél. : 0661 664 081 Total des frais engagés : 2300,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumaya CHEBIH HASSANE
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafli Berrechid
Tel. 0522 32 48 47

Date de consultation : 04 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : TIZAGHTI OMAR Age : 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20 DEC. 2020

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 : Derrida Le : 22/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-411336

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6881

Nom de l'adhérent(e) : TIZAGHTI

Total des frais engagés : 2300,- Dhs

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13 DEC 2020	S		300,00 DH	INP : 0161040764 Dr Soumaya MEDHIH HASSAN OPHTALMOLOGISTE Rue Ouled Djou Nafif Berrechid 140 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>SUPHORAS OPTIQUE 11, Avenue des Soignies - Ain Soltane Télé: 022 57 37 75</i>	<i>21. décembre 2010</i>					<i>2.022,00</i>

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

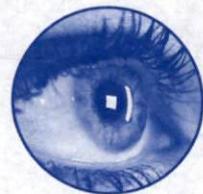
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	



Sophoras Optique

OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
DIPLOMÉE

Client Tizaghti Omar. Doit

Facture N° 000853

Casablanca le : 21 décembre 2020



095000899

Nomenclature	Désignation	P.U	Montant
	Monture : <u>Plastique</u>		<u>500,00</u>
	Verre : <u>ORGANIQUES</u>		
	VL : <u>Progressifs Admata ALB</u>		<u>750,00</u>
	OD : <u>+0,75/-0,25 à 110°</u>		<u>750,00</u>
	OG : <u>+0,75/-0,25 à 95°</u>		<u>750,00</u>
	VP : <u>+2,50</u>		
	OD :		
	OG :		

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux Mille cinq cent Dirhams

SOPHORAS OPTIQUE
Allée des Sophoras
Tél. 05 22 67 37 75

SOPHORAS OPTIQUE
2000,00
16, Allée des Sophoras - Aïn sebaa
Téléphones : Tél. 05 22 67 37 75
Fax : 05 22 67 37 76
TOTAL T.T.C.

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

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطبق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

04/12/2020

Mr. TIZAGHTI Omar

**Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets**

VL :

OD = + 0.75 (- 0.25 à 110°)

OG = + 0.75 (- 0.25 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

SOPHORAS OPTIQUE
38, Allée des Sophoras - Ain Sazá
Tunisie Tel. 022 57 37 75

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibou Nafii Berrechid
Tel. 05 22 32 48 47