

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.

Nº W19-438344

15887.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5578	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUZARIF ZAHRA			
Date de naissance :	25/03/1862		
Adresse :	Mr, Rue Alouk Haute, Apt 7, Bourj el fak		
Tél. :	0663785197	Total des mois engagés :	1214 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>Docteur D'KHISI Ophthalmologue 100, B/ Ibrahim Roudani - Casablanca Tél: 0522.25.48.88</i>			
Date de consultation :	18 DEC 2019	Nom et prénom du malade : BOUZARIF ZAHRA Age:	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affectation oculaire		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidential 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) : <i>[Signature]</i>		
ACCUEIL			

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
18 DEC 2018		ca	300,00	INP Docteur D'KHOURI Ophthalmologist Dr Brahim Roudani - Casablanca +212 0522.25.48.88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme CHAOUI MIRA 18 1 Rue Al Oukhouate Bouskoura Casablanca - Tél 05 22 39 89 73	12-2013	224,00

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	
TOUE ENOUR Av Afghanistan H.H 1 Patente 35001234 0049966000020 89 85 23	18-12-19					6500,00

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 canalaire, 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"/>
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & \hline & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologiste



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser

الدكتور الدخيسى محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

le 18/11/2019

Bouazzit Zihra

Steripharma
PPC: 112,00 dh

Steripharma
PPC: 112,00 dh

112.00 D) Xcollard cell

1
5

x 2

224.00

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

صيدلية الكاف SAMIRA
Pharmacie du CAF
Mme CHAOUI BAUSAJOUR
Rue Al Oukhouane
Casablanca
05 22 25 70 88

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88
0522.25.70.88 / 0522.25.48.88 - الهاتف : 400 شارع ابراهيم الروانى - الدار البيضاء

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologiste

Préfesseur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

le 18/11/2005

OPTIQUE ENNOUR
10, Av Afghanstan H.H.
casab / Patent n°: 000123A
ICE: 00049900000020
Tel: 0522222222 052222223

Bazzaq F Zouher

Réelle pour VL (Master)

$$\alpha = + 2,5 (-0,5) \circ 85$$

$$\beta = + 2,5 (-0,5) \circ 75$$

$$Abd Opt = + 2,5 90L$$

Dr Mouhssine D'KHISSY,
Ophthalmologiste
Bd Brahim Roudani, Casablanca
Tél: 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage
Tél: 0522.25.48.88 / Fax: 0522.25.70.88
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88
0522.25.70.88 / 0522.25.48.88 . شارع ابراهيم الروانى - الدار البيضاء - الهاتف : 400

OPTIQUE ENNOUR

Opticien-Optométriste
N°10 Boulevard Afghanistan
Hay hassani Casablanca
TEL 022898523

FACTURE N°: 133

DATE : 18 / 12 /2019

NOM CLIENT : BOUZARIF ZOHRA

Désignation	Prix
MONTURE SCOOP203	700
VERRE DROIT +2.50(-0.75)85ADD2.5 Progressif antireflets antiUV	2900
VERRE GAUCHE +2.25(-0.50)752DD2.5 Progressif Antireflet AntiUV	2900
TOTAL TTC	6500

OPTIQUE ENNOUR
10, AV Afghanistan H.H
casa / Patente 35001234
ICE: 0049966000020
Tel: 06 22 89 85 23

IF51400820PATENTE35001234RC279742ICE000499966000020INPE095000600