

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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

Déclaration de Maladie : N° P19-0016976

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8372 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ATBIB FOUZI Date de naissance : 09/01/1965

Adresse : 7 Rue NASS. Et ADRIENS SITA App 1A Al Maârif

Tél. : 0668466645 Total des frais engagés : 3950.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fouqat, n° 10, 1er Etage
Maârif Extension 20370 - Casablanca
Tel: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Date de consultation : 20/01/2020

Nom et prénom du malade : M. BELKASEF ABIR Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ambiguité

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/01/2020 | CA | | 2500DH | Dr. Ghizlane OUAKA SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 29, Rue A... Extension 20370 Casablanca Tél: 0522 23 55 40 Fax: 0522 23 55 40 |

EXECUTION DES ORDONNANCES Tel: 03

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  <p>Opticien Optometriste Idriss El Mansour Oulmes Casablanca 133, Rue Lafache Bd Yacoub El Mansour Tel: 0522 36 02 63</p> | 20.01.2020 | 3600,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODT.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|-----------------|----------------|------------------|-------------------------|
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

The diagram illustrates a dental arch with 15 primary teeth arranged in four quadrants. The teeth are numbered as follows: Lower Left (distal view): 1, 2, 3, 4, 5. Lower Right (mesial view): 1, 2, 3, 4, 5. Upper Left (mesial view): 6, 7, 8, 9, 10. Upper Right (distal view): 6, 7, 8, 9, 10. The arch is centered around a vertical axis labeled D (Distal) on the left and G (Gingival) on the right, with a horizontal arrow pointing from D to G.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لاطباء العيون
- جراحة العدسة - جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- امراض الشبكية
- وصفة الاعضاء شهادة الشرف على السياقة

Casablanca, le

DR. Ghizlane OUKACHA

39, rue Al Fourat
Maarif Extension

20370 Casablanca

Tél: 05 22 23 55 49

Fax: 05 22 23 55 49

ABIP

M/4 BECKASSE

Vœus Connecteurs + Unité

$$- OD = -4 / 50$$

$$- OS = -4 / 50$$

~~Mr Antiprél~~
 Vœus Antiprél



Dr. Ghizlane OUKACHA
 SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
 39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er étage
 Maarif Extension, 20370 - Casablanca
 Tél: 05 22 23 55 49
 Fax: 05 22 23 55 49

زنقة الفرات - الطابق الأول. رقم 39
 الدار البيضاء
 39, Rue Al Fourat, 1er étage, N°10, Maarif extension, 20370 - Casablanca

☎ 05 22 23 55 49 ☎ 05 22 23 55 49

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122



GOLA
LUNETTE

FACTURE N° 003353

Casablanca, le 20.01.2020

M. BELKAÏSSE ABIR

| Quantité | Designation | P.U. | MONTANT |
|--|---|------|--------------|
| 2 paix verres optiques pour usage de lun. | | | |
| OD - 4,10 | | | 4000 |
| OG - 4,10 | | | 4000 |
| + Montant | | | 6000 |
| Total: 36000 | | | <u>36000</u> |
| LA PAIRE DE VERRES FAISANT PARTIE A LA SOMME DE TROIS MILLE SIX CENT TZ | | | |
| ECÉ 0000 50 871 0000 11 | | | |
| | GOLA Lunette Opticien-Optométriste 133, Rue Larache Bd Yacoub El Mansour Oulmes Casablanca Tel: 0522 36 03 63 | | |

133, Rue LARACHE, Bd Yacoub El Mansour, Oulmes - Casablanca
 Tél.: 022 36 03 63