

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-424485

ND : woof

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 07494

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JALOUAJA RACHID

Date de naissance :

Adresse : 105 RUE MAHOUSSIN - B SIDI EL

Télé. : 0661801992

Total des frais engagés : 300 x 36,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBIKI HASSAN
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibno Nafli Berrechid
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : 9 DEC/2019

Nom et prénom du malade : DR. Idrissi FATHIMA Age : 30

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : AMÉTISME

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 : Casablanca 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
REC 11/03/2011	E	3000	3000	INP : 106106714 Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibou Nafli Berrechid Tél. 0522 48 47

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

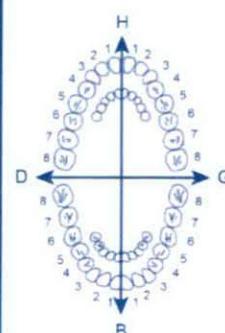
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE KARINE ENDINE ADRI	Optometriste 0522 22 11 11					3600

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

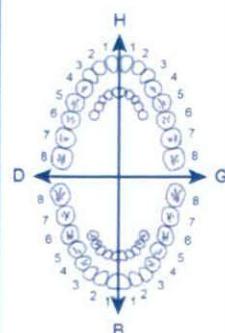


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT



Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1er étage - (Près du Tribunal de la famille)
Berrechid - Tél. : 05 22 32 48 47

الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إخصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - (قرب محكمة الأسرة)
برشيد - الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

09/12/2019

Mme EL IDRISI Fatima

**Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets**

VL :

OD = + 1.75 (- 1.00 à 95°)

OG = + 2.00 (- 0.50 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 2.25

1/ CELLUVISC: COLLYRE

1 Goutte 3 fois/ jour (1 boite), les deux yeux

2/ ZALERG

1 Goutte 2fois/jour (1flacon), les deux yeux

3/ FLUCON: COLLYRE

1 Goutte 4 fois / jour (15jours), les deux yeux

Dr. SOUMAYA CHEBIHI HASSENI
OPTICAL MOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 48 47

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optometriste
5 - lot Issai - Bd Hassan II - Berrechid
Tél. 022 32 53 32 51 Fax 022 32 77 77

OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II
Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 27/01/2020

Client	MME IDRISI FATIMA
--------	-------------------

FACTURE N°160/2020

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	900,00	900,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS +ANTI REFLET	1 350,00	2 700,00
			3 600,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **TROIS MILLE SIX CENT
DIRHAMS**

