

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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 à 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

Nº P19-0044837

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

56361

7035

Société :

Ref

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OLIMI AL HADID

Date de naissance :

27/02/1961

Adresse :

BLOC 01 N° 307 DCHAIRIA

ELI HADIA

Tél. : 0666716970 Total des frais engagés : 1347,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hafida BIGHOUAB
Ophtalmologue
Bureau N° 2 - 6ème étage
Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca - Maroc
Téléphone : 05 22 20 45 45

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OUM HAFIDA ALC Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Correction optique

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

Nº P19-044837

Déclaration de maladie

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 : 7035

Nom de l'adhérent(e) : OUM HAFIDA

Total des frais engagés : 1347,00

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
14/11/2020			300DH	<i>Docteur Handab Twizi Ophthalmologiste N° 2 Avenue Twizi - 1er étage Tel.: 0528331112</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/2020	147,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOPHARIES			
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
		AM	PC	IM	IV	
MANE OPTIQUE Yves EDDALIA Praticien Optométriste 3 Rue Amédée GARNIER 33510 Mérignac 06 64 04 74 64	16/11/2020	4	Vero	optiC		1800,00 HT
		1	Marta	optiC		

VIOLET ADHERENT

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

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hafida BIGHOUAB
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancienne Ophtalmologiste au CHU Med VI Marrakech
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتورة حفيظة بعواب
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

- Chirurgie du Cataracte (Phacoemulsification)
- Glaucome (Tension Oculaire) • Strabologie
- Contactologie • Ophtalmologie Pédiatrique
- Angiographie • Laser

Ordonnance

Mr. OUMLAL Lahcen

THEALOSE



1 goutte x 3 par jour pd 1 mois

1 ml, 50

14 décembre 2020

INPE: 42023671



مكتب رقم 2 عمارة تيوزي الطابق الأول شارع الحسن الثاني الجهادية إنزكان
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1^{er} Etage - Av. Hassan II - ElJihadia - Inezgane
Tél. : 05 28 33 11 12 - E-mail : hafida.bighouab@gmail.com

MA
3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOHARAMA
B.P. N°1, 27182 Boussoura - Maroc
N° Homologation : 1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147.00 DH

Docteur Hafida BIGHOUAB
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancienne Ophtalmologue au CHU Med VI Marrakech
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

- Chirurgie du Cataracte (Phacoemulsification)
- Glaucome (Tension Oculaire) • Strabologie
- Contactologie • Ophtalmologie Pédiatrique
- Angiographie • Laser



الدكتورة حفيظة بغواب
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

• جراحة المياه البيضاء (الجلالة) و المياه الزرقاء
(ضغط العين) • طب العين • العدسات اللاصقة
• طب العيون للأطفال • تصوير أوعية الشبكة و الليزر

Ordonnance

Mr. OUMLAL Lahcen

14 décembre 2020

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Transition, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.50 (- 0.25 à 120°)

OG = - 5.50 (- 0.50 à 147°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50

Docteur Hafida BIGHOUAB
Ophtalmologue
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1^{er} Etage
Av. Hassan II - ElJihadia - Inezgane
Tél. : 05 28 33 1112

مكتب رقم 2 عمارة تيوزي الطابق الأول شارع الحسن الثاني الجهادية إنزكان
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1^{er} Etage - Av. Hassan II - ElJihadia - Inezgane
Tél. : 05 28 33 1112 - E-mail : hafida.bighouab@gmail.com

AMANE Optique

Adaptation de lentille de contact

Opticien - Optométriste

ICE : 001219298000075

INP : 45004132



Facture 0000949

El Jihadia, le 16/12/2020

M :

OUMAL LAHCIW

Quantité	Désignation	Prix
4	V.Gare optique 1.65 1.65 1.65 1.65 VL et A.G. +0.5 (-0.5 à 1.6)	30000.00
	A.G. -0.5 (+0.5 à 1.6)	
1	Monture optique	12000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent trente. Net à payer : 120000.00

T.V.A 20% incluse.

ES YLG

MAG. N° 3 RÉSIDENCE AMANE V, AV. HASSAN II - EL JIHADIA - INEZGANE - AGADIR
TÉL.: 05 28 83 33 51 - GSM: 06 64 04 74 64
T.P: 49719003 - I.F : 76233115 - RC: 28350