

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.



Declaration de Maladie

N° W19-480007

58801

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>30613</u> | Société : <u>R.A.M</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | HILALI MED |
| Nom & Prénom : <u>HILALI MED</u> | | | |
| Date de naissance : <u>23/11/59</u> | | | |
| Adresse : <u>IMMO F8 APPT 4B RSD EL WAHDA - BERRUCHID</u> | | | |
| Tél. : <u>0662097996</u> Total des frais engagés : <u>11250,30</u> Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| | | | |
| Date de consultation : <u>26/11/21</u> | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>ALLAL ISMAÏL</u> Age : <u>62</u> | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : <u>Nice dentition</u> | | | |
| 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 : BERRECHID D.Y.

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/02/2021

Adresses Mails utiles

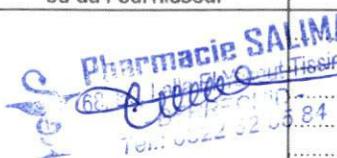
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/12/21 | C | 3000 | 3000 | INP :  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  Pharmacie SALIMA 62, Avenue du Tissier 21000 DIJON Télé: 03 80 22 32 84 | 25/12/21 | 176,30 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

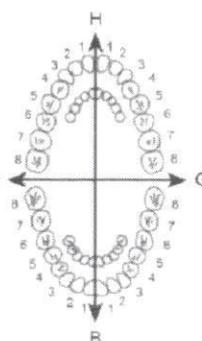
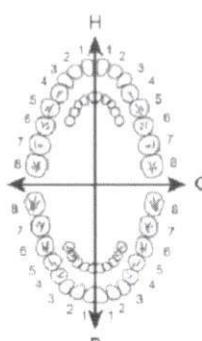
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| SOPHORAS OPTIQUE S.A. des Sophoras - Ain Sebaâ Tunisie - Tel: 022 67 37 75 | 01/02/2021 | | | | | 700,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP :  |
|--|---|------------------|-------------|---|
|  | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H | 25533412 | 21433552 |  |
| | | 00000000 | 00000000 |  |
| | D | 00000000 | 00000000 |  |
| | | 35533411 | 11433553 |  |
| | G | | |  |
| | B | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| </td | | | | |

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

الدكتور بن يحيى محمد سليم

Ophthalmologiste

**Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie . Laser**

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU Ibnou Rochd (20 Aout)



إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهريّة للجلالة
علاجيّة الحول ، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
طبيب اختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

John M



HALAL ISLAM

1977-14446
1978-52
80121 No Silver Is

45

21,9' ② My Lton & Le Soen
 4's
 Copy 1 pg
" " " ③ Celleeside 43g
 4's

SALIMA
Tissir II

SELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidose
118001 251414
distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR
PPM: 44D40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR
PPV: 44DH40

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف : 0522 32 56 56 - برشيد
Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID



Sophoras Optique

OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
DIPLOMÉE

Facture N° 00085b

Casablanca le : 01/02/2021



095000899

Client: Hibeli Ismail Doit

| Nomenclature | Désignation | P.U | Montant |
|--------------|--------------------------------|-----|---------|
| | Monture : En Plastique | | 300,00 |
| | Verre : Organique Anti-lumière | | |
| | VL : Bleu | | |
| | OD : (-0,25 à 180) | | 250,00 |
| | OG : (-0,50 à 180) | | 250,00 |
| | VP : | | |
| | OD : | | |
| | OG : | | |

Arrêtée la présente facture à la somme de huit cent dirhams.

SOPHORAS OPTIQUE
TOTAL T.T.V.
Casablanca 01/02/2021
Allée des Sophoras Aïn sebaa
R.C.: 307236 - Patente : 31521616 - I.G.R / TVA : 47809235 - CNSS : 6602123 - ICE : 000465060000030

الدكتور بن يحيى محمد سليم

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie , Laser

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للحالة
علاج الحول ، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب اختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

HASSAN II ESSAFI

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim

SOPHORAS OPTIQUE
31, Allée des Sophoras - Ain Sefra
Téléphone : 022 57 37 75

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكاره - الهاتف: 0522 32 56 56 - برشيد
Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID