

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.

N° W21-618176

64330

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
11649

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FEZZAHER ZAKARIA

Date de naissance :

02-08-1974

Adresse :

11 Rue des Frangins n°17 R.H. CASA

Tél. :

0766604321

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ALAOUI SE
OPHTALMOLOGISTE
315, Bd El Fida 1er Etage - Casablanca
Tél. : 05 22 83.23.32/83.18.03

Date de consultation :

09 MARS 2021

Nom et prénom du malade :

FEZZAHER ZAKARIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

PILE - EYEZ FRACHEU

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 :

Le : 23/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/03/2021

Le : 23/03/2021

MUPRAS

23 MARS 2021

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 9 MARS 2021 | 7 | | 250,6000 | INPI: 001164939 OPHTALMOLOGISTE 315, BDE EL Fida Tunis 09 32 82 10 00 EL ALAUJI |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

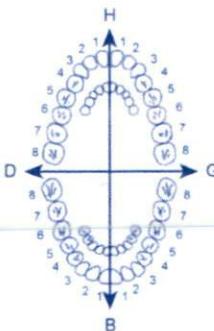
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

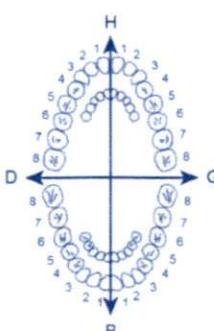
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
|  | 09/03/2013 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3000,- | |

VIOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

1

MONTANTS DES SOINS

100

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

ANSWER

COEFFICIENT DES TRAVAUX

100

MONTANTS DES SOINS

ANSWER

DATE DU
DEVIS

1000

DATE DE
L'EXECUTION

ANSWER

Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E

OPHTALMOLOGISTE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
LASER ANGIOGRAPHIE

الدكتور العلمي الأوفوسي ج.إ



خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

INPE :



091164939

Casablanca, le : 09.03.2021

D° EZZAKHEIR ZAKARIA

Ners contactos - Progrisif
- au cas gagné
- autre flots :

je 1.00

OD - 1.00 (-0.75 à -90)
OG - 2.25 (-2.50 à -150)

DE PS Add +475

+ 1 m outre

Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E
OPHTHALMOLOGISTE
315, Bd AL Fida 1^{er} étage - Casablanca
Tél. 0522 83 23 32 - 0522 83 23 32 - 0522 83 18 03

SUN OPTIQUE

OPTIQUE - OPTOMETRIE
CONTACTOLOGIE

Casablanca, le 09/03/2011

FACTURE N° 08084

NOM : EZZAHER ZAKARIA

PRESCRIPTION DU DOCTEUR : EL ALAOUI JE

| DESIGNATION | PRIX |
|---|---------|
| lunettes progressifs orange/vert AR. | 3000,00 |
| n° nomenclature : 431/436 | |



INPE : 095006292

TOTAL

3000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de
trois mille dirhams

~~SUN OPTIQUE
EZ ZAHER ZAKARIA
09/03/2011~~