

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.

N° W19-499624

N° 6985

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

72183
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6985

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HIRCHI Bouchair

Date de naissance :

Adresse : 16, AV Moulay Abd Elaziz Kenitra

Tél. : 0762720508

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HIRCHI

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anétropie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-499624

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
17/07/2014	GS		250,-	<p>INP : 0537773444</p> <p>Médecin : Dr. 0537773444 Centre de Santé : Dr. 0537773444</p> <p>Signature : Dr. 0537773444</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Loup d'œil CHIBOUB AZZ Opticien - Optométriste Bd Med V - Marjani N° 80 - CENTRALE Tél : 05 37 57 0 94</p> 	20/04/96	400,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B	G		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				



Centre New Vision

PRATICIENS

DR. JALAL EL HASSANI

د. جلال الحسني

Chirurgien ophtalmologue

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Diplômé de la faculté de médecine de Paris et Rabat

Diplômé Universitaire en :

- Chirurgie réfractive de BESANCON
- Imagerie rétinienne de Paris
- Surface oculaire de Tours

Dr.NADA AL BAROUDI

د. ندى البارودي

Chirurgienne Ophtalmologue

Diplôme de la faculté de médecine de Paris et Rabat.

Diplômée universitaire en :

- Imagerie rétinienne de Paris
- Glaucomes de Paris
- Adaptation de lentilles de contact de Versailles
- Inflammations oculaires de Paris

ORTHOPTIE

Bilan et rééducation orthoptique

Traitement du strabisme & Amblyopie

Basse vision

Explorations fonctionnelles

EXPLORATIONS

OCT : Triton

Angio-OCT

Laser pascal streamline .

Angiographie rétinienne

Biométrie oculaire

Topographie cornéenne

Echographie oculaire

Champ visuel

Synoptophore

Lancaster

Pachymétrie cornéenne

Vision des couleurs

Cross-linking (Keratocone)

Laser Yag

Microscopie Spéculaire

Laser SLT

SECRETARIAT

05 37 36 30 05

06 51 25 37 84

centre.new.vision@gmail.com

Kénitra, le

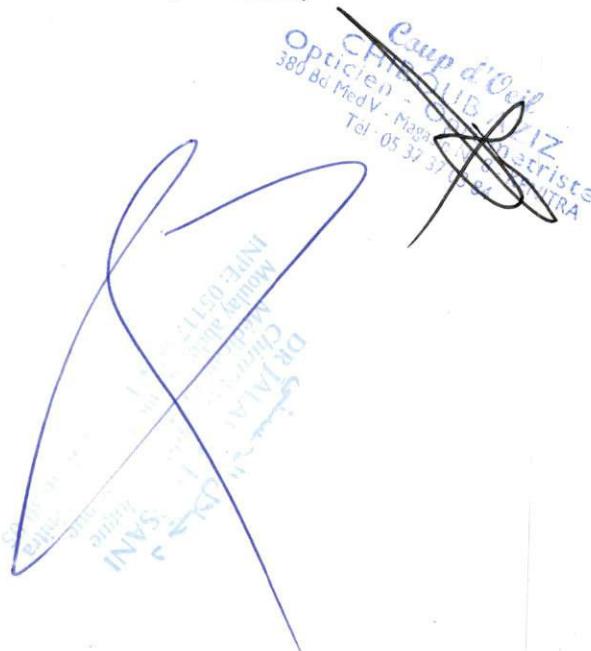
17 mars 2021

Mlle HIRCHI Hafsa

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = -1.00 (-0.25 à 14)

OG = -0.75 (-0.25 à 123)



Imm. Centre médical, 4^{ème}étage, 26, Avenue Moulay Abdrahmane, Kénitra
Patente N°20130638 - CNSS N°4594950 - IF N°18751437 - ICE N°001581913000068

Imm. Centre médical, 4^{ème}étage, 26, Avenue Moulay Abderrahmane, Kénitra

COUP D'OEIL OPTIQUE (Opticien:Aziz CHIBOUB)

380 BD MED V'MAG NUM 8 -----GSM:0623157000

14000 KENITRA

Tél: 0537370384

E-Mail: coupdoeiloptique@gmail.com

Site Web: optiquecoupdoeil.com

Mme HIRCHI Hafsa

FACTURE N° : F21/0407

Date : 20/04/2021

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
1	VER	ORG NAT BLEU	200.00		200.00	20.0
1	VER	ORG NAT BLEU	200.00		200.00	20.0

*Coup d'œil
CHIBOUB AZIZ
Opticien - Optométriste
380 Bd MedV - Meknès - Maroc - KENITRA
Tél: 0537 37 03 84*

Corrections :

VL D. Sph: -1.00 Cyl: -0.25 Axe: 14°

VL G. Sph: -0.75 Cyl: -0.25 Axe: 123°

Prescrit par : JALAL EL HASSANI

En date du : 17/03/2021

Paiements		Totaux
Acomptes	400.00	
Montant total payé :	400.00	Total Net HT : 333.33 Dh Montant TVA : 66.67 Dh
Solde :	0.00	Facture acquittée Total Net TTC : 400.00 Dh