

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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.

Nº W19-497896

72293

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8264

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENTALEB ABDELWAKED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664 93 39 88

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya SHEBIHI HASSAN,
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnu Nafli Berrechid
Tél. 0522 32 46 41

Date de consultation : 25/05/2021

Nom et prénom du malade : Bentaleb Abdelwaked

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ambigmatropie

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.

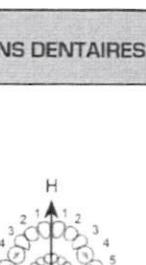
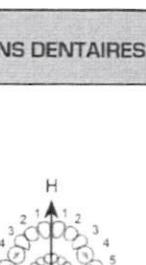
Fait à :

Signature de l'adhérent

Le : 01 JUIN 2021



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	
25/05/21	2		300,00	INP : 061100754 Dr. Soumaya CHEBINI HASSAN OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ben Nafaa Nafii Berrechid Tel. 0522 32 48 47	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture			
PHARMACIE AL MAREK DR. GUSSI Imane Bd. Ouled Ali 25/05/21	25/05/21	110,00			
ANALYSES - RADIographies					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
DR. BERRACHEID 25/05/21					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
DR. BERRACHEID 25/05/21	31/05/21				2250,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux	
				Montants des soins	
				Début d'exécution	
				Fin d'exécution	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES					
 	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	$ \begin{array}{r} \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array} \quad \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array} \end{array} $			Coefficient des travaux	
				Montants des soins	
				Date du devis	
				Date de l'exécution	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

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

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطبق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

25/05/2021

Mr. BENTALEB Abdelwahed

**Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets**

VL :

OD = + 3.25 (- 0.50 à 80°)



OG = + 4.50 (- 0.25 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

10,00



1/ FLORAVISION OEIL SEC

1 goutte 2 à 3 fois/jr , les deux yeux

10,00

**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI /
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 48 47**



FACTURE

Date : 31/05/2021

CLIENT: ABDELWAHED BENTALEB

Numéro: 86187718

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE SILUETTE	1	850.00
VD	PROGRESSIF ORG 1.6 NEVAMAX BLUE UV	1	700.00
VG	PROGRESSIF ORG 1.6 NEVAMAX BLUE UV	1	700.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. CHEBIHI HASSANI SOUMAYA			
LOIN : OD:+3.25(-0.50,80°) OG +4.50(-0.25,95°)			
PRES : OD: OG:			
ADD : OD:+2.75 OG:+2.75			
Total TTC:			2 250.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			450.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS .TTC.**

Signé: