

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 73185 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | BOUGRINE ZAKARIA |
| Nom & Prénom : ZAKARIA BOUGRINE | | Date de naissance : 23/09/1948 | |
| Adresse : 105 Avenue de Sidi Abdellah - Casablanca | | | |
| Tél. : 06 62 78 18 82 | Total des frais engagés : 6750,00 Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

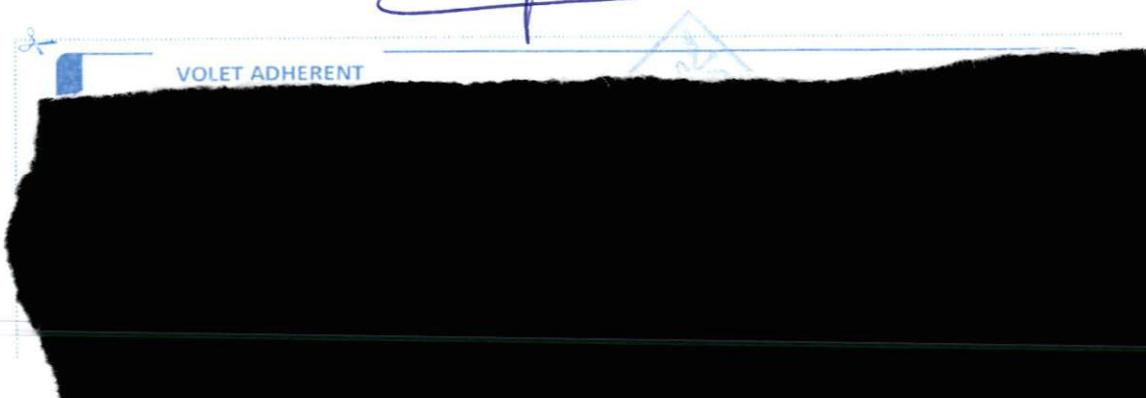
| | |
|---|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : 28/09/2021 | Age : 75 ans |
| Nom et prénom du malade : ZAKARIA BOUGRINE | |
| Lien de parenté : Conjoint | <input type="checkbox"/> Lui-même |
| Nature de la maladie : Maladie cardiaque | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute | |
| 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 : **Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **06/09/2021**



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/02/2021 | Ca | | 25000 | 09/03/2021 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

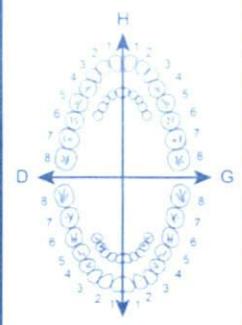
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

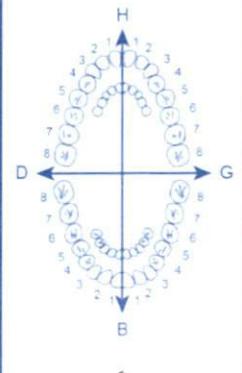
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| RIZKI OPTIC OPTICIEN OPTOMETRISTE N°142-LOT DANDOURA SIDI MAADE TÉL: 522 97 34 72 | 06/03/2021 | | | | | 6500.00 |

VOLET 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FATIMA AMIR

Spécialiste en chirurgie et maladies des yeux

- Lauréate de la faculté de Médecine et de pharmacie Casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital 20 Août Casablanca
- Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'hôpital Hassan II Khouribga
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital Sekkat
- Membre de la société française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification
- Chirurgie de Glaucome, Chirurgie de Strabisme
- Chirurgie réfractive (Lasik) - Ophtalmo-pédiatrie
Laser - Angiographie rétinienne - OCT - Echographie Oculaire...

طبيبة مرخصة لأداء

الشهادت الطبية

مرخصة السياقة

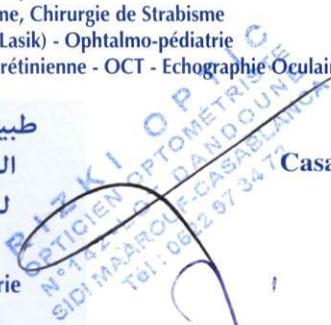
- Diplômée en imagerie et maladies retinienes à la faculté de médecine

Lariboisière (Paris Sorbonne)

- Diplômée en Chirurgie réfractive et Phacoémusification à l'université de Toulouse III

- Diplômée en ophtalmologie-pédiatrique et strabologie avancée à la faculté de médecine Nantes

- Diplômée en Adaptation de lentilles de contact à l'Université Bordeaux II
- INPE 091032532



Casablanca, le

- متخصصة في جراحة الجلالة وتصحيح النظر بالليزر من جامعة السريون بباريس
- متخصصة في علاج أمراض شبكة العين من جامعة السريون بباريس
- متخصصة في علاج وجراحة حول وطب عيون الأطفال من جامعة نانت بفرنسا



Ordonnance

الدار البيضاء، في

Boufleine Zabbaro.

H pte.

D + 4 (-3) 30 .

O G - + 5 (-4) 145 .

on h right

(fuite bleu)

تجزئة لبني 1، إقامة لبني رقم 1 شارع سيدى معروف (أمام مسجد الأدارسة)

الهاتف : 05 22 78 45 46 / 06 45 03 03 14 البريد الإلكتروني : docteuramirfatima@gmail.com

- 2 Observation
Loraz 2 W 5DC phr 15 J
- 3 - Chiasma
(V 2 W) 8L phr 15 J
- 3 opti med.
(V 2 W) 8L phr 15 J.

M. AMALI PATIMA
Ophtalmologue
Etg. 1 - N° 2
Bld. 1 Sidi Maârouf
Al Adarissa
Tunisie
N° F = 102551

RIZKI OPTIC



Facture N° 476/2021

LE: 06/09/2021

Client: Mr. BOUGRINE ZAKARIA

| | SPHERE | CYLINDRE | AXE | ADDITION |
|------------|--------|----------|------|----------|
| ŒIL DROIT | +4.00 | -3.00 | 30° | |
| ŒIL GAUCHE | +5.00 | -4.00 | 145° | |

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : ORGANIQUE ANTIREFLET

AVEC FILTRE BLEU

Montant de la vision de loin :

| | |
|------------|------|
| ŒIL DROIT | 2750 |
| ŒIL GAUCHE | 2750 |
| MONTURE | 1000 |

Vision de près :

Monture :

Verre :

Montant de la vision de près

| | |
|------------|--|
| ŒIL DROIT | |
| ŒIL GAUCHE | |
| MONTURE | |

PRIX T.T.C : 6500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de **Six mille
cinq cent Dirhams**

RIZKI OPTIC
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
N°142-LOT DANDOUNE
SIDI MAAROUF-CASABLANCA
Tél : 0522 97 34 72

142, LOT Dandoune - Sidi Maârouf - Casablanca. Tél : 05 22 97 34 72

Patente : 36125956 IF : 20798514 RC : 431448

ICE : 001957304000041

