

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0033558

86908

**MUPRAS
RECEPTION 9**

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2691

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SMAALI LAHcen

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : lotissement Alwahda imm. FG App. 9 C

Tél. : 0662051470

Total des frais engagés : 3100,00 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Il Nku Nafil Benrechid
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : 13 AOUT 2021

Nom et prénom du malade : A. MAALI BAdean

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : BIERRACHID

Le : 13 / 08 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
13 AOUT 2021	3		20900	Dr. Samaya CHERIHI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibou Nafii Benachid Tél : 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Oy	27/08/2021	2800,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered according to the FDI system. The teeth are arranged in four quadrants:

- Upper Left Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Upper Right Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Lower Left Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Lower Right Quadrant:** Teeth 1 through 8.

The diagram also includes labels for the anterior teeth (1 through 4) and the first molars (5 through 8). A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards, indicating the direction of the dental arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

13/08/2021

Mme AMANE Badia

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL :

OD = - 1.50 (- 1.50 à 115°)

OG = + 1.00

VP :

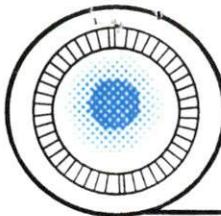
ODG = Add : + 2.50

1/ SICCAFUID COLLYRE

1 Goutte 3 fois/jr (1flacon), les deux yeux

*Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 05 22 32 48 47*

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 748/21

Berrechid, le

27/08/2004

Client : Mme AMANIE bousma

Code	Description	Total
431	2 visim Verres progressifs	1100-
428	∅61/40 MC	1100-
	Monture	600-
		<i>R.W.</i> 2800-
	DS -1,50 (-1,50 à 115°) / 11 . OB +1,00 / 11 . <i>Oly</i>	11 . 2,00
	Arretée la présente Facture à la Somme de :	
	<i>Dix mille huit cent DT HTP</i>	

OPTIQUE
CONTACT
OPTICIEN
OPTOMETRISTE
15, BIS RUE MEDINA BERRECHID
TÉL./FAX : 05.22.32.41.44 - I.F. : 06100051