

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° W19-411084

89445

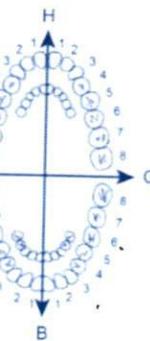
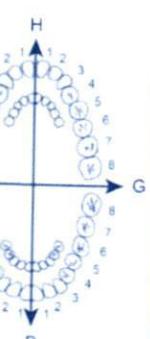
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 21 208	Actif	Pensionné(e)	Autre : <i>Royal Air Maroc</i>
Nom & Prénom : <i>ZAGHAR Bouchra</i>		Date de naissance : 28/06/1976	
Adresse : <i>380, Bd de Djir Oulad Oul Hachem, Casablanca</i>		Tél. : 06 61 00 41 63	
Total des frais engagés : 101 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 05.10.2021	
Nom et prénom du malade : <i>Zaghari Bouchra</i> Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Boche visuelle</i>	
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 : *casab* Le : *05/10/2021*
Signature de l'adhérent(e) :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)																		
				INP : <input type="text"/>																		
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montants des soins <input type="text"/>																		
				Début d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">---</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">---</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td style="text-align: center;">---</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	---		---		B	35533411	11433553	---	G			
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
---		---																				
B	35533411	11433553	---																			
G																						
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montants des soins <input type="text"/>																		
				Date du devis <input type="text"/>																		
				Date de l'exécution <input type="text"/>																		



مركز العيون بثرباندران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفة

العيون وجراحة العيون وأمراض العين

جامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

الدار البيضاء في: 05/10/2021
Casablanca le:

Zaghouani Bouleira

Versus + nature, autrefois

$$\text{OG} = +0,25 \left(-0,25 \text{ à } 15^\circ \right)$$

add 0,75
903

06 48 43 74 56 - المستعجلات: 05 22 23 79 29 - الهاتف: 05 22 23 79 29 - البيضاء - الطابق الأول - قرب المسجد - زققة ابن سيرج - شارع بدر أنزاران و زققة ابن زعفران - 1اًة غبطة، زاوية
Résidence Ghita, 1 angle Bd Bir anzarane et rue Ibnou souraj (mitoyenne de la mosquée) - 1er étage-Casablanca - Tél:05 22 23 79 29 - Urgences: 06 48 43 74 56

SISTERS OPTIQUE SARL
49Boulevard Mobamed V
Casablanca
Code IPNE : 095004727
IF : 40435910
Patente : 33151633
R.C : 243161
ICE : 000082231000093 Tél. /
Fax : 0522473289

FACTURE

N° FACTURE : 128/21

Date : 15/10/21

Client : ZAGHARI Bouchra

OD1: 407

OG1: 407

OD2 :407

OG2 :407

DESIGNATION	PRIX TTC
MONTURE :	
OD1 : ORGANIQUE AR plan(-0.25à90)	300.00 DHS
OG1 :ORGANIQUE AR +0.25(-0.25à15)	300.00 DHS
OD2 :ORGANIQUE AR+0.75(-0.25à90)	400.00 DHS
OG2 :ORGANIQUE AR+1.00(-0.25à15)	400.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme : MILLE QUATRE CENTS DHS.

My
SISTERS OPTIQUE SARL
Opticienne - Optométriste
49, Bd. Med Vérité intma ABC
Casab - Tel/Fax : 0522473289