

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

Sectiions 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.

Médecine 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

89763

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2280

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUIKRY REDOUANE

Date de naissance :

11/04/1953

Adresse :

Lot 42 Coopérative chabab
Berrechid

Téléphone : 06 77 94 56 63

Total des frais engagés : 2100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Soumaya CHEBHI HASSAN
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 OCT. 2021

Nom et prénom du malade : CHOUIKRY YASSER

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Améthyste

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

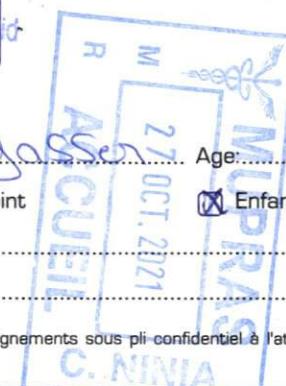
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 Berrechid

Le : 05.10.2021

Signature de l'adhérent(e) : OY



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
05 OCT. 2021	C 2		300.00	Rue Okba Ben Nafil Berrechid 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	09/10/2021					1800 DH

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 12th edition of the International System of Units (SI). It features a central vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. A horizontal axis labeled 'D' extends to the left, and a diagonal axis labeled 'C' extends to the right. Seven base units are represented by circles with numerical values: Length (m) is 1; Mass (kg) is 2; Time (s) is 3; Current (A) is 4; Temperature (K) is 5; Amount of substance (mol) is 6; and Luminous intensity (cd) is 7. The values are arranged in a spiral pattern around the central axis.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		G	D		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
H		G						
D		B						

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 للشبكيّة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le
05/10/2021

Mr. CHOUKRY Yasser

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets**

OD = Plan (- 0.25 à 140°)

OG = Plan (- 0.50 à 10°)

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine
Casablanca
Tél. 0522 32 48 47 - 06 61 03 71 55

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47

OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd. Youssef Ben Tachfine Hakam 1
N° 454 - EL Hay Mohammedi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428



نظارات غيطة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

رقم 454 - الحسي المحمدي

الهاتف : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتن : 32825428

موساوي عبد الصمد

N° 006296

095012357

Ordonnance de M. Le Docteur : CHEBHI

N° de Nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D : $140^{\circ} 0.25$) PP O.G : $10^{\circ} 0.50$) PP	PRES	O.D : O.G :
------	---	------	----------------

FOURNITURE

1 Monture : METAL

600 ^{DH}
600 ^{DH}
600 ^{DH}

2 Verres : ORMA
ANTIREFLET

Etuis :

Total : 1800 ^{DH}

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 09/10/21

M. ou Mme : CHOUKRY YASSER

ICE : 001789511000067 - IF : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bd Ibn Tachfine
Tél: 05 22 60 34 39 Casablanca
GSM: 06 69 00 97 85