

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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

N° W21-668020

98688

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 5903 | | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | Retraite |
| Nom & Prénom : Zeghri Nadia | | | |
| Date de naissance : 19.01.58 | | | |
| Adresse : Rondoune ghita 1 rue oued AL Makhazine Npt 4 Rabat | | | |
| Tél. : 06 61 14 03 11 Total des frais engagés : Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : Dr. Hasssa ES-SAFI Ophtalmologiste 4, Rue Frères Hassan - Rabat Tél. : 05 37 20 20 78 GSM : 06 67 78 67 46 | | | |
| Date de consultation : 27/11/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : Mme ZEGHRI NADIA Age: | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Cataracte ophtalmique | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>maladie</i> | | | |
| 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 : Rabat

Le : 20/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : Zeghri

| | |
|---|---------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie N° W21-668020 | |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |
| Matricule : 5903 | optimalmo 250 |
| Nom de l'adhérent(e) : Zeghri Nadia | 15810 |
| Total des frais engagés : | |
| Date de dépôt : | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 27/11/2021 | CS | | 250,00 | INP : 1001191980 Dr. Hafsa ES-SAFI Ophtalmologiste 1 Rue Trabelsi Hassan - Raba |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| LA GRANDE PHARMACIE RUE ADOLPHE TESSIER 75011 PARIS | 18/11/78 | 585,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hafssa ES-SAFI

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des yeux

Diplômée de la faculté de médecine
de Rabat et de Marrakech

Diplôme de la faculté de médecine
de Lyon (France)

Chirurgie de la cataracte - Laser - OCT

Angiographie - Retine - Ophtalmo pédiatrie



الدكتورة حفصة الصافي

اختصاصية في طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالرباط ومراسلاً

دبلوم في طب العيون ليون (فرنسا)

جراحة الجلاة - الليزر

أمراض شبكة العين

طب و جراحة عيون الأطفال

27 novembre 2021

Mme ZEGHARI Nadia

58,50

1/ OPHTASALINE

1goutte * 3/jour, pendant 1 Mois

Le GRANDE PHARMACIE
4, Rue Trabless, Hassan, Rabat
Tél.: 05 37 20 20 78
GSM: 06 67 75 87 46

Dr. Hafssa ES-SAFI

Ophtalmologiste

4, Rue Trabless, Hassan, Rabat

Tél.: 05 37 20 20 78

GSM: 06 67 75 87 46





OPHTALMO • SERVICE

Sérum physiologique
مصل فيزيولوجي

Ophta **SALINE** Unidose

20x5ml

OPHTALMO. SERVICE

P.P.C : 58,50 DH

LOT



Z012W

2023/04