

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 | 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.

N° W21-665966

13481

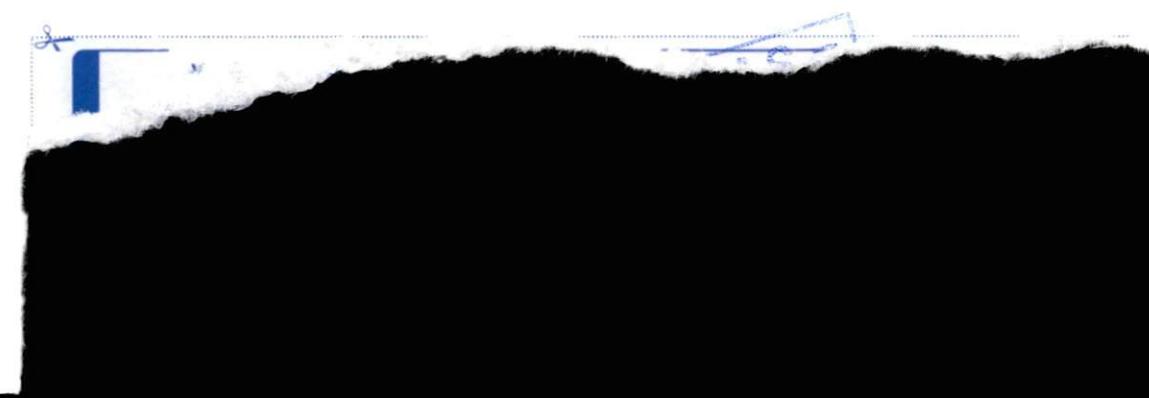
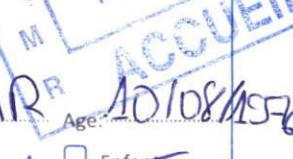
| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : MA 307 | Société : R. A. S. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : MAAOUNI KAOUTAR | | | |
| Date de naissance : 10-08-1976 | | | |
| Adresse : 145 HAJ FATEH oufer | | | |
| Tél. : 0661467433 | | Total des frais engagés : 1550 Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin :  | | | |
| Date de consultation : 29 NOV. 2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : MAAOUNI KAOUTAR | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /



DE VISUE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|---------------------------------|--|
| 29/01/2021 | 2 | INP : 1111111111111111 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |

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 Particien | Date des S.A.R.S | Nombre | Montant détaillé des Honoraires |
|--|------------------|-------------|--|
| | S.A.R.S | AM PC IM IV | |
| NOUVEAU OPTIQUE Mazola Angle Rue N°3 et Rue 4 Hay Hassant 12 Tél : 05 20 03 05 09 | 2021 | | NOUVEAU OPTIQUE Mazola Angle Rue N°3 et Rue 4 Hay Hassant 1300 Tél : 05 20 03 05 09 |
| | | | |
| | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| 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 | |
| SOINS DENTAUX | |
| | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | |
| H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553 | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAIBI H. Karim
MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX
ANGIOGRAPHIE - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ Bordeaux II - FRANCE
Ancien Chef de Clinique des Hopitaux de Bordeaux
Ancien Attaché des Hopitaux de Bordeaux
Membre de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'Ophtalmologie
Membre de l'AMERICAN Academy of Ophtalmology

الدكتور الشرابي ح. كريم
اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II فرنسا
جراح سابقاً بمستشفيات بوردو
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون
عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

29 NOV. 2021

CASABLANCA, LE

NAADEEM KARIM

Jeux PouetPouet
(Jeu Pouet Pouet Blue)

+075 056

~~NOUVEAU OPTIQUE SARL~~
Mazola Angle Rue N°2 et Rue 4
Hay Hassani
Tél : 05 20 03 05 09

IMMEUBLE COMMUNAL HAY HASSANI, ANGLE Bd. Sidi Abderrahmane ET ROUTE D'AZEMOUR, ENTRÉE B
2^{ÈME} ÉTAGE App. N°1 - 20230 Casablanca - Tél. : 0522 90 47 50 / 0684 749 749
Tél./fax : 0522 91 56 02 - E-mail : CABINET@KARIMCHRAIBI.H.COM

Casablanca, le 09/11/2012

Nouveau Optique

Facture N° : 336121

N.L. : Par

- NAACUMI
 - KAOUTAR

NOUVEAU OPTIQUE SARL
Mazola Angle Rue N°3 et Rue 4
Hay Hassani
Tél. 05 20 03 05 09

INPE : 0950 23 834

| Désignation | Référence | Montant TTC |
|--|----------------|-------------|
| Monture Plastique Optique | | 300,00 |
| Organique Antieffet Imperméable | | |
| - OD : + 0,41r | | 500,00 |
| - OS : + 0,41r | | 500,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| Arrêté la présente Facture à la Somme de : Mille 1.000 cent Dhs | Total TTC | 1 300,00 |
| | Dont TVA à 20% | |

Cachet et signature

du Responsable :

NOUVEAU OPTIQUE SARL
Mazola Angle Rue N°3 et Rue 4
Hay Hassani
Tél. 05 20 03 05 09