

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° M21- 040597

115886

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 051800

Société : Agent RAR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HADINE AHMED

Date de naissance : 19/12/1950

Adresse : Ress. Ress. AL AZZAHRA AL

Rue 74700 N 79 7473

Tél. : 0667769261

Total des frais engagés +7473 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



22 AVR. 2022

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HADINE AHMED Age :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint

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 : CASA

Le : 20/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RÉLEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Demande et signature du Médecin autorisant le Paiement des Actes
22 AVR. 2022	C2 + K10 (Poud'ail)	3	100,00 D	Demande et signature du Médecin autorisant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DIAZINON 100 mg/ml 10 ml flacon	26-4-02	295,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

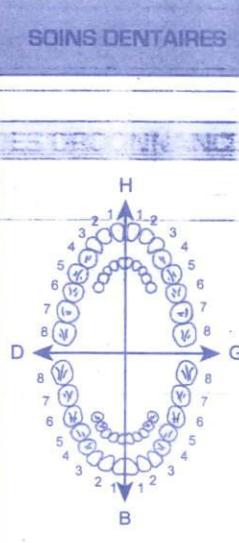
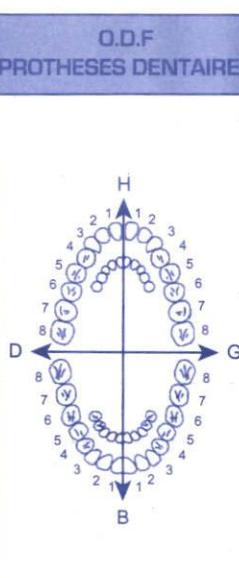
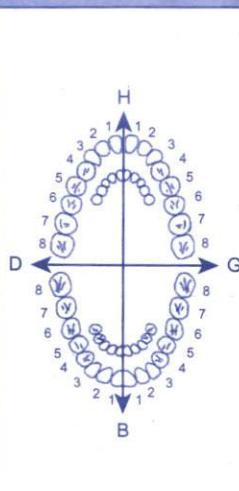
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIC N. 1 Opticien Optométriste 264, Bd Chandi, Mar 1-2 Casablanca - P.C: 2900338 - Pat: 34821600 R.C: 2900338 - P.O: 2816900031	23/05/2015	2	0	0	0	7000.00

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologist

Ex-Professor - Assistant at CHU Ibn Rochd

Attestation of specialized advanced training

Nantes University

Diseases and eye surgery

Echography - Angiography - Laser



الدكتور الدخسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

22/06/2021

M. Hadni Ophthalmologist

73.00

1) Vitadrop coll.
N° 431/Jan

S.V)



RIMAPHARMA
P.V.C
73.00 DH

43050FS781/1-MA
C1MA01
7/15.10.18
27/27/70

PHARMACIE OUM ERRAÏL
Dr Mouhssine D'KHISSY
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologist
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيسى محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 12.04.2012

M. HADNC ATEF COL

Lunette pour VL (Master)

$$\text{OU} = +1(-2) \circ 110$$

$$\text{OC} = +0,25 (-2,25) \circ 75$$

$$\text{Addif ph} = +2,25 \text{ dpt}$$

Vers négatif // astigmatisme

Progressifs

option 1

Opticien Optométriste
154 Bd Ghandi, Mag 1-3
Casablanca - Tel: 05.22.95.15.23
MC: 29863 - Pat: 34821600
ICE: 00628169000031

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani – Casablanca -Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076

400. شارع إبراهيم الروانى – الدار البيضاء – الهاتف :

OPTIC N°1
ANGLE BLD GHANDI ET OMAR
EL KHAYAM 286 BEAUSEJOUR
TEL 0522951523
LE 17/05/22

MR HADINE AHMED

FACTURE 65/22

MONTURE	1000.00DH
VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF AR	3000.00DH
VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF AR	3000.00DH
TOTAL	7000.00DH
TVA	1166.66DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE SEPT
MILLE DIRHAMS.**

*option 1
Opticien Optométriste
264, Bld Ghandi El Khayam 13
Casablanca - Tel: 0522.95.15.23
R.C: 298634 - Pat: 34821600
ICE: 001628169000031*

Signature