

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À TIRE 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-700119

116215



Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1529

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRI EL HOUSSINE

Date de naissance : 1950 à OUJDA

Adresse : Route Magnia, 32, Rue EL KAFOUR LOT MOKRI

OUJDA.

Tél. : 06 61 26 30 90

Total des frais engagés : Dhs

Dr. Dalia SEHERRISSI

Ophtalmologue

84, Bd Abd. Dries 1er

Tel. 05 22 36 06 06

INPE : 091033100

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/04/2022

Nom et prénom du malade : BENAHMED JAMILA

Age: 62 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire à l'œil droit

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 : / /

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
20/01/2022	Consultation	03	400 Dhs	INP : 091033100 Dr. Dalila SNAÏD RISSI Ophtalmologue 84, Bd. My Dries 1er Tel. : 05 22 88 06 06

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/22	32310

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
ORIENTAL OPTIQUE EL GHAZI HABIB Opticien Optométriste Tel. : 05 36 69 69 72 26999 - IFC Commun . 001425600004 IF 05161165 - TP : 10703284	23/11/2017				1400 DA

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553 </div>		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Therapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالموجات فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 20 avril 2022

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Mme BENAHMED Jamila

9070 x1 OPATANOL: COLLYRE



1 goutte 2 fois par jour, pendant 1 Mois



12800 x2 HY FRESH UNIDOSE

256,00 1 gttre x 3 par jour , pdt, pendant 3 Mois

2640 x1 STERDEX POMMADE

1 application le soir au coucher x 12 soirs

dans les deux yeux

PHARMACIE TENKISS
Dr CHABANI Zih Eddine
Rue Mahrouia B1 N°19
Tél: 0528 5936 07 - 091 05963

Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
Bd Moulay Driss 1er
05 22 86 06 06





 **جمجوم فارما**
Jamjoom Pharma

خالي من المواد الحافظة

LOT

B.N. YE0055

EXP. 05 2023

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM

Date: 15/06/2017

P.P.C : 128 DH 00



 **jamjoom فارما**
Jamjoom Pharma

خالي من المواد الحافظة

LOT

B.N. YE0055

EXP. 05 2023

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM

Date: 15/06/2017

P.P.C : 128 DH 00

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le **20 avril 2022**

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

Mme BENAHMED Jamila

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets, Amincis**

VL : OD = - 5.00 (- 1.00 à 2°)

OG = - 6.00 (- 1.50 à 18°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.25

EIP 61 mm
ORIENTAL OPTIQUE
EL GHAZI HABIB
Opticien Optométriste
Tél : 05 36 69 69 72
RC 26899 - IF Commun : 001425600004
IF 15161165 - TP : 10703284
Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd M. Driss 1er
Tél : 05 22 86 06 06

ORIENTAL OPTIQUE

SARL

93, Bd. Allal Ben Abdellah - OUJDA

☎ : 05 36 69 69 72

أوريون طال أوبيتك

ش.ذ.م.م

شارع علال بن عبد الله - وجدة 93

05 36 69 69 72 : ☎

Oujda, le : 93-4-2097

FACTURE N° 8

Nomenclature	N.P.	Ban Aliyel Yousra
O.D. (92)	V.L. { O.D. (75 - 100) .. 500	
O.G. (verres) F	O.G. (180 - 150) .. 6000	
	V.P. { O.D. (add 275) .. 275	275

FOURNITURE :

1 Monture	500
1 Verres	900
TOTAL	1400

Arretée la Présente Facture à la somme de : 1400 Dhs
 ORIENTAL OPTIQUE
 EL GHAZI HABIB
 Opticien et Optométriste
 20999 - 05 36 69 69 72
 (F 45161185) T.P. 0014256000004
 10703284