

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6497 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KARSOUS

SAID

Date de naissance :

03/03/1961

Adresse :

Tissir e N°29 Rue N°11 Benedict

Tél. : 0668081309 Total des frais engagés : 2.465,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 31 MAI 2022

Nom et prénom du malade : LAHMI DI KHADIJA Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : A.Métrite p/c

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 : Benchedid

Le : 01/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : Y. K.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 1 MAI 2022 | C2 | | 300.00 DT | Dr. Soumaya CHERIFI HASSAN OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ben Nafaa 10 Berrechid TAL : 0522 22 48 47 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  Pharmacie ALAFAO 1-3-5 Rue Ibla Abou Medj - BERRECHID - Tel: 05 22 33 64 01 | 31/05/22 | 65,00 |

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 | |
| | 01/06/22 | | | | | 2100,00 |

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a circular DNA molecule with 16 numbered segments arranged in a clockwise direction. The segments are labeled as follows: top (inner circle): 1, 2, 1; top (outer circle): 2, 1, 2; right (inner circle): 3, 4; right (outer circle): 3, 4; middle (inner circle): 5; middle (outer circle): 5; left (inner circle): 6, 7; left (outer circle): 6, 7; bottom (inner circle): 8; bottom (outer circle): 8; bottom-left (inner circle): 7; bottom-left (outer circle): 7; bottom-right (inner circle): 6; bottom-right (outer circle): 6; top-right (inner circle): 5; top-right (outer circle): 5; top-left (inner circle): 4; top-left (outer circle): 4. Two arrows point away from the molecule: one labeled 'D' points to the left, and one labeled 'G' points to the right.

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

31/05/2022

Mme LAHMIDI Khadija

**Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets**

VL :

OD = + 2.00

OG = + 2.25 (- 0.25 à 125°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

65,00

1/ OXYAL: COLLYRE



1 goutte 3 fois/ jour, les deux yeux



Pharmacie ALAFAO

1.3.5 Rue Ha Abou Madi
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

65,00

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI

OPHTHALMOLOGISTE

Rue Okba Ibn Nafii - Berrechid

Tel: 0522 32 48 47

5, Lot 155A, Bd Hassan II, Berrechid
Tél: 0522 32 48 47 - Fax: 0522 32 77 77
Opticien - Optométriste
KARIM EDDINE AÏD
OPTIDINE



OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II
Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 01/06/2022

| | |
|--------|---------------------|
| Client | MME LAHMIDI KHADIJA |
|--------|---------------------|

FACTURE N°664/2022

| QTE | Description | PU (TTC) | Montant (TTC) |
|-----|--------------------------------------|----------|-----------------|
| 1 | MONTURE OPTIQUE | 500,00 | 500,00 |
| 2 | VERRES PROGRESSIF INCASSABLES BLANCS | 800,00 | 1 600,00 |
| | | | 2 100,00 |

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE CENT DIRHAMS**

