

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 à caractère personnel.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6810**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GRUCHA

Redmire

Date de naissance :

1965

Adresse :

hab. n° 1001

Tél. : **06 78 78 33 09**

Total des frais engagés : **3800 + 300 + 19** Dhs

DR. SAIKA EL HASSAN

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/01/2022

Nom et prénom du malade :

GRUCHA REDOVANE Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection

en cours

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 :

Le : **19/01/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/06/2022	Consultation	1	300 HT	 Dr. Alain Lachapelle M. et Mme. Accornero / Lachapelle Centre Commercial Carrefour Tél: 05 22 32 43 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTICONTA Khalil ADMD Opticien et Diplomate Opticien 57 Bis Rue Medina Barrechia Te 0522 22 41 F 06 100051 - Pal N 40707 188 00051 1241 CHD	13/06/2022 13/06/2022	380,00 119,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SERRE	327047 0522		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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				CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		25533412	21433552				
		00000000	00000000				
D				G			
		00000000	00000000				
		35533411	11433553				
				B			
						MONTANTS	

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Said EL HASSAR

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux
Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie de la Myopie
Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophthalmologie



الدكتور سعيد الحصار

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جلالة - الزراق - الحول

مسالك الدموع - انгиو كرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة...

جراحة عيوب البصر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون

Agrée Par le Ministère de la Santé Permis de Conduire

ORDONNANCE

Berechid le : 13/06/2022 برشيد في :

GRUCHA Redouane

PPV : 51,60 Dhs

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

Bropdex 0,3g / 01g
Tobramycine / Dexaméthasone
Flacon n° 10 ml



6 118001 272549

Oeil Droit : (175° -3,25) -7,00 , Addition + 2,50

OPTICON
Optician
Khalid AD
Opticien Optométriste Diplômé N° 05299441
57 Biou Ks Meulja Berechid 40707189 CNS 224027
IF 06 111111111111111111

Oeil Gauche : (20° -1,50) -5,50 , Addition + 2,50

68.00

⇒ Diclored 5ml

51.60

1 gril x 21

0%
x 15

⇒ Bropdex 5ml

119.60

1 gril x 31

0%
x 1

DICLORED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH

6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

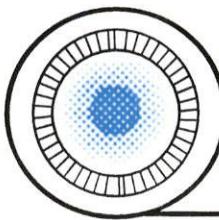
شارع محمد - مس العماره 341 الطابق 4 رقم 41 (إقامة بالمصعد) تجزئة نصر الله

05 22 32 43 44 برشيد (قرب المركز التجاري كارفور) - الهاتف :

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4 N° 41 (Imm Avec Ascenseur) Lotissement Nasrallah

Berechid (En Face Centre Commercial Carrefour) - Tél : 05 22 32 43 44

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 660122

Berrechid, le

13/06/2022

Client : M. Grucht Lorraine

Code	Description	Total
486	Paar Vision Yens progrès	1650
433	Objektiv für Horn (fertig)	1650
		500,-
		3800
	OD (17 - 3,25) - 7,00	
	OS (20 - 1,80) - 5,50	
	Obj	
	Arrêtée la présente Facture à la Somme de :	
	Très mille huit cent Dhs	

OPTIQUE
CONTACT
KHALID ADMY
Opticien Optométriste
06.00051-Par N 40707188-C.N.S.S 2244797