

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-689620

(121559)



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 680

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FOUAD Zouhida

Date de naissance : 6.9.1956

Adresse : 12 Rue Meur Jaures 5^{me} étage Cesta

Tél. : 06 55 52 21 62

Total des frais engagés : 3879 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 MAI 2012

Nom et prénom du malade : FOUAD Zouhida

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection à l'œil

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Zouhida

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
12 MAI 2022	CDV		300,00 DHS Mouhssine D'KHISY 400, Bd R...	INP : 09 NOV 2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature de 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
		AM	PC	IM	IV	
<i>Autre Vise Optique</i> Opticienne Optométriste 3, Rue Stockholm Av. 2 Mars CASABLANCA Tél : 0522 85 31 76	25/05/99					<u>35.000.00</u>

VOLET ADHERENT

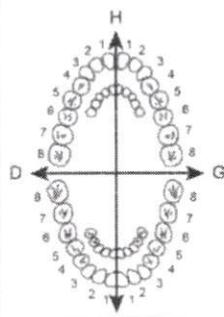
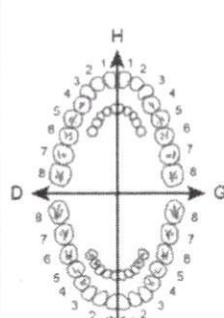
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

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																
		<table border="1" data-bbox="1515 885 1739 1037"> <tr> <td>H</td><td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td><td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

-Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Formation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladie et chirurgie des yeux
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

20/05/2012

N° F 2003 Zabbarie

Réelle Pow SL (Mueller)

$$\text{OU} = +1(-0,5) \cdot 77$$

$$\text{OU} = +0,17$$

$$\text{OU opt} = +2,75 \text{ OSL}$$

Dr. Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 26 Echage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Autre Rue Optique
Opticienne Optométriste
3, Rue Stockholm Av. 2 Mars
CASABLANCA
Tél: 0522 85 31 76

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

400, شارع ابراهيم الروانى - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologist

Ex-Professor - Assistant at CHU Ibn Rochd

Attestation of specialized training

University of Nantes

Disease and eye surgery

ECHOGRAPHY - Angiography - Laser



الدكتور الدخسي محسن
طب العيون

Assistant to the previous hospital Ibn Rochd
Dar Al-Biضاء

Diseases and eye surgery

12/08/2012

Casablanca, le

Mr. Fouad Zoussida.

79.00

1) NAVI FNPL 30 ml
2013/08



Pharmacie FOUCAUD
27, Rue Moussa Benou Noussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

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

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

400. شارع ابراهيم الروانى - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88

AUTRE VUE

3, RUE STOCKHOLM, AVENUE 2 MARS, RESIDENCE MERYE
CASABLANCA
Tél : 0522.85.31.76

FACTURE

FACTURE N° : 49/2022

CLIENT : **FOUAD ZOUBIDA**

DATE FACTURE : **15/06/2022**

DESIGNATION	PRIX TTC
<u>Montures</u> : 1 OPTIQUE	700,00 DH
<u>Verres</u> : OG1 PROGRESSIF ORGANIQUE AR	1 400,00 DH
OD1 PROGRESSIF ORGANIQUE AR	1 400,00 DH
<u>Nomenclatures</u> : OD : +1.00 (-0.50 à 75°) , Add = +2.75	
OG : +0.50 , Add = +2.75	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS TTC

Autre Vue Optique
Opticienne Optométriste
3, Rue Stockholm Av: 2 Mars
CASABLANCA
Tél: 0522 85 31 76

Total TTC : **3 500,00 DH**

Total HT : 2 916,67 DH

TVA 20% : **583,33 DH**

Frais de Timbres :

Montant Total Payé :

Code INPE



095005641

R.C: 153633 IF: 1104266 Patente: 34490111 ICE: 000159391000042
Adresse: 3, RUE STOCKHOLM, AVENUE 2 MARS, RESIDENCE MERYEM, CASABLANCA TÉL : 0522 85 31 76