

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.

Nº W21-720514

126977

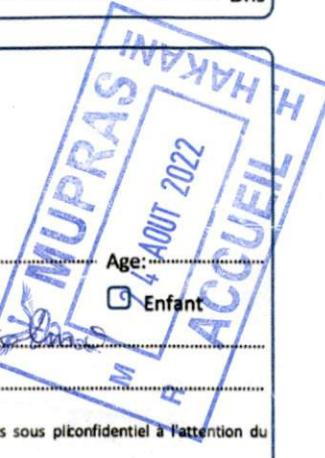
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : MS 81		Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	FARHAT SAID
Nom & Prénom : FARHAT SAID		Date de naissance : Des Dernières Années, 04 Février, 2004	
Adresse : C.R.S.		Tél. : 0661779652	
		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
DR BRISSI TOUZANI WALAÏ Khadija			
OPHTHALMOLOGISTE			
Cachet du médecin : 26, Av Saint Louis Saâda Rce Espace Saâda (Près Aswak Saâda) 1er Etage Bureau N° 2 FES : 05 35 65 71 24 - INPE 141246785			
Date de consultation : 28/06/2022			
Nom et prénom du malade : FARHAT HAJAR			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age : 14
Nature de la maladie : Consultation ophtalmologique			
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 : Fes Le : 28/06/2022

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
28/09/2021		c.2.	850.DH	INP : 1141146191200 Dr. DRISSI TOUZANI WADIA OPHTHALMOLOGISTE Saint Louis Saâda Rce Espace S.A. 26 Av. Saâda 1er Etage Bureau 1412A

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	G		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		H	25533412 21433552								
		D	00000000 00000000								
		B	35533411 11433553								
		G									
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 <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>											

Dr. DRISSI TOUZANI Khadija

Ophtalmologiste



د. خديجة درسي توزاني

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Ex.Medecin à l'Hopital Omar Idrissi de Fès.

Diplômée en Maladies de la Surface Oculaire de Brest France

Diplômée en adaptation de Lentilles de Contact de Rabat

Diplômée en OCT en Ophtalmologie de Bordeaux

Diplômée en Chirurgie Réfractive de Casablanca

Spécialiste en Orthokératologie (contrôle et freinage de la myopie)

طبيبة سابقا بمستشفى عمر الإدريسي بفاس

دبلوم في أمراض سطح العين بجامعة فرنسا

دبلوم في العدسات اللاصقة بالبراط

دبلوم في التصوير المقطعي البصري ببوردو

دبلوم في تصحيح النظر بالليزر بالدار البيضاء

Fès, le : **28 juin 2022**

Enf. FARHAT Hajar

Monture + verres correcteurs pour vision de loin : Antireflets

OD = - 4.75 (- 1.50 à 160°)

OG = - 5.00 (- 1.50 à 176°)

DRISSI TOUZANI WALI Khadija
OPHTALMOLOGISTE
EDILI OPTIQUE
 42 Av. Sidi Ali Chérif 1000
 Route Sidi Ali Chérif 1000
 Tél : 05 35 60 84 70
 (Prés Asswak Saâda) 1er Etage Bureau N° 2
 E.S - ☎ 05 35 65 71 24

Tél : 05 35 65 71 24

شارع سان لويس السعادة، إقامة فضاء السعادة (قرب أسوق السعادة)، الطابق الأول مكتب رقم 2 - فاس

26, Av Saint Louis, Saâda , Rce Espace Saâda (près Asswak Essaada), 1^{er} Etage bureau N° 2 - Fès

E-mail : khadijadrissi05@gmail.com

Client : farhat hajar

Fdili Optique

Facture client N° : 702/2022

Correction		Sph	Cyl	Axe	Add
Vision de loin	OD	-4.75	-1.50	160	
	OG	-5.00	-1.50	176	

Liste des ventes

Désignation	Catégorie	Unité	Prix unitaire	Remise	Montant TTC
optique	monture	1.00	400.00		400.00
organique 1.67	verre	2.00	300.00		600.00
antireflet					
					0.00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

total HT	833.33
TVA (20%)	166.67
total TTC	1 000.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :

mille dirhams

RC : 50738
a
ICE : 001598875000031
PATENTE: 14003343

Cachet
Fès le 06/07/2022

Adresse : 42, AVENUE SAINT LOUIS SAADA, ROUTE AIN CHKEF-FES
Tél: 05-35-60-84-70