

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.

Nº W21-708484

130868

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Société : RAM

Matricule : 08652 Membre : Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAROUFI MUSTAPHA

Date de naissance : 10/01/1970

Adresse : N° 14 Rue Mbou Dmr Al Ghaffar

BP 444, Berrechid

Tél. : 06 60 56 20 56 Total des frais engagés : 1765,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumaya CHERIFI YASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba ibnou Nabi Bemrechid

20 SEP. 2021 Tel : 0522 32 48 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 SEP. 2021

Nom et prénom du malade : Marroufi Mustapha Age : 41

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Berrechid Date : 26 SEP. 2022

Signature de l'adhérent(e) : CHERIFI YASSANI

Signature de l'assureur : MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06 SEP 2012	62		3220.7	INP : 0522324847 Dr. SOUTOURA Ophtalmologue Rue Okba N'GHRIB Tel : 0522324847

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie 2, Bd Hassan Ibnou Tabit Hay Ezzaour Achid - Tél: 0522 32 80 39	06/09/22	687,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

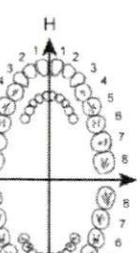
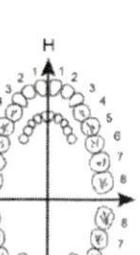
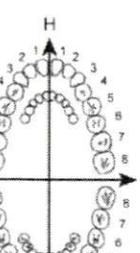
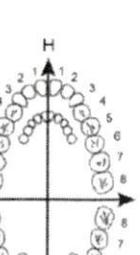
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
DR. DADDARIO	17/01/2012					1000

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				
	H 		H 		
	25533412 00000000		21433582 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	D 		G 	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	35533411 00000000		11433553 00000000	DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

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

ب اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكيّة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطبقي الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

06/09/2022

Mr. MAAROUFI Mustapha

Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 2.50

OG = + 2.50

6x7 sp

1/ OXYAL: COLLYRE



1 goutte 3 fois/ jour, les deux yeux

EZZAHRA TCP SANTE sarl au
Pharmacie
62, Bd Hassan Ibnou Tabit Hay Ezzahra
Berrechid - Tél: 0522 32 80 39

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5, Lot 13, 1st flr, 3rd arrondissement de Berrechid
Tél.: 022 53 32 61 - Fax: 022 32 77 77

RIMAPHARMA
PVC
65 00 DH

Dr. Soumaya CHEBIHI
OPHTALMOLOGISTE OG
Rue Okba Ibnou Nafii
Tel: 0522 32 47

O' P T I D I N E

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

BERRECHID LE: 20 /sep/2022

Client	MR MAAROUFI MUSTAPHA
--------	----------------------

FACTURE N° 1113/22

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	500,00	500,00
2	VERRES INCASSABLES BLANCS+ANTI REFLET	450,00	900,00
OD +2,50			1 400,00
OG +2,50			

INPE 065002248

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

