

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.
- Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- La facture 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.

Dental :

- 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.
- Le soin-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Autres :

Adresses Mails utiles

- Communication : contact@mupras.com
- 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.

N° W21-787848

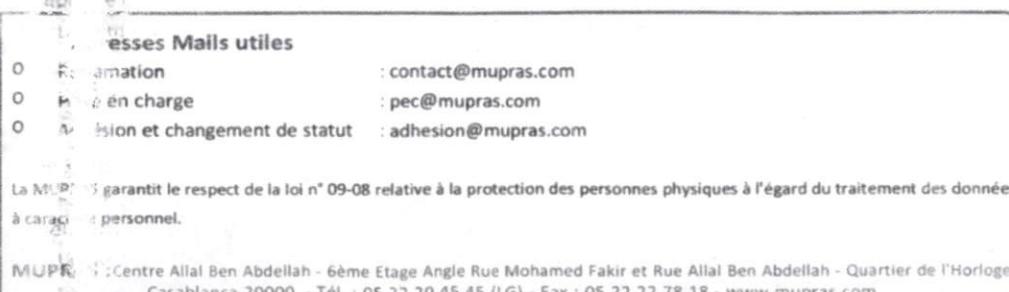
153174

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	113412	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SABER Mohamed			
Date de naissance : 24/03/1973			
Adresse : N° 12 RUE KARAVAN BELLE VUE BERRECHID			
Tél. : 0620 717133 Total des frais engagés : 3610,00 DHS			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Soumaya CHERIBI HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafli Berrechid Tél : 0522 32 48 47	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 10/01/2023	
Nom et prénom du malade : SABER Mohamed Age : 49 ans	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Amétropie	
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 : BERRACHEID Le : 10/01/2023
Signature de l'adhérent(e) : SABER Mohamed



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
10/01/23	C2		300,000dh	INP : 06104 0756
				Dr Soumaya CHEIKH OPHA AL MAMOURI 0524 9252 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/23	110,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique Mille pour cent Optométriste & Opticien	02103123					3.200,00 CHF

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0104626

Date : 02/10/2023

Mr : Saber Mohamed

Docteur : Soumaya Chebibi Hassani

Type des Verres : organiques
progressifs antireflets

Monture : optique 1.200,00.DH

* Vision de Loin :

OD Axe 40° Cyl -0,50 Sph +0,50 1.000,00.DH

OG Axe Cyl Sph 1.000,00.DH

* Vision de Près : ADD : +2,00

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien ADD : Montant : 3.200,00.DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Casablanca le 02-03-2023

M. Saber Mohamed

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

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

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er 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
الطبق الأول - برشيد
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

10/01/2023

Mr. SABER Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = + 0.50 (- 0.50 à 40°)

OG = + 0.75

VP :

ODG = Add : + 2.00

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

1/ FLORAVISION OEIL ROUGE

1 goutte 3 fois/jr , les deux yeux

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47



12

MC 9800 MONACO
www.towaxpharma.com 0051

FLORAVISION
PPC: 110.00

UtAv | Lot
6/24 21791

17 - Rev. 25/10/2018

15 ml
REF D15FR221

- Store between 5 and 35°C and protect from a direct source of light.

- Do not expose to direct sunlight
- Do not use if the bottle is damaged.
- If symptoms persist, consult your eye specialist.
- Do not use after the expiry date.
- Do not use within 90 days.
- After the bottle has been opened, the solution must be used within 90 days.
- Keep out of the sight and reach of children.
- Do not swallow the solution.

- To prevent possible contamination, do not let the tip of the dropper come into contact with any surface of the test tube.
- Do not use in case of specific hypersensitivity towards any of the constituents.
- In some cases, slight sensitivity may cause a brief stinging or irritation on the instillation that may subside in a few minutes.

WARNINGS:

- Wash and rinse your hands thoroughly.
- Make sure the seal is intact.
- To open the bottle, unscrew the top completely and break off the safety seal.
- Install 1 or 2 drops in each eye, as required, according to the specialist's advice.
- Close the bottle tightly after use.

INSTRUCTIONS FOR USE

VITEVAX® PHARMA

To relieve red and tired eyes

COMPOSITION:

EN

Call 1-800-333-3333 or visit www.1-800.com for more information.

COMPOSITION: EN