

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-804003

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11423 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdellah OMAR

Date de naissance : 1972

Adresse : WADDAWZ

Tél. : 0662 6441393

Total des frais engagés : ..... Dhs

Dr CHRAIBI H. Karim

Chirurgien Ophtalmologiste

Angle Route d'Azemmour et Bd

Sidi Abderrahmane Hay Hassani-Casablanca  
Tel:0522904750-Tel:Fax:052291560-Gsm:6684749749

25 JUIL. 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AABLOUCH WIT SSAL Age : 54

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Rouf Womly

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 :

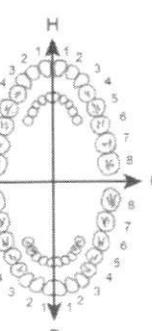
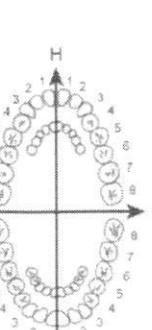
Signature de l'adhérent(e) :



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
25 JUIN 2003	C2+P2		300,00	INP : 0910017887 Dr CHRAIM Optométrie et Chirurgie de l'œil et du Sein Casablanca 91560213154

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Spins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
MSMAE BEL AL BARAKA STIC Optométrie Ghislaine Optométrie 12113 EG	27/07 12113	2	1	2	14000 a

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient	INP : <input type="text"/>  CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

# CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAIBI H. Karim  
MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE  
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de BORDEAUX  
Ancien Attaché des Hôpitaux de BORDEAUX  
Membre de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTALMOLOGIE  
Membre de l'AMERICAN ACADEMY of OPHTHALMOLOGY

الدكتور الشرايبى ح. كريم  
اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا  
جراح سابقاً بمستشفيات بوردو  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون  
عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

25 JUIL. 2023

CASABLANCA, LE

ABO / Seul - M. S. -  
Tous Casseus / Casse

OD Quanti (15-2) +4

Ol +0.75

Dr CHRAIBI H. Karim  
Chirurgien Ophtalmologiste  
Angle Route d'Azemour et Bd  
Sidi Abderrahmane Hay Hassani Casablanca

Tel: 0522 90 47 50 - Fax: 0522 91 50 - GSM: 066 49749

IMMEUBLE COMMUNAL HAY HASSANI, ANGLE Bd. Sidi Abderrahmane ET ROUTE d'AZEMOUR, ENTRÉE B  
2<sup>ÈME</sup> ÉTAGE Appt. N°1 - 20230 CASABLANCA - TÉL. : 0522 90 47 50 / 0684 749 749  
TÉL./FAX : 0522 91 56 02 - E-MAIL : CABINET@KARIMCHRAIBI.H.COM

OPTIQUE - AL BARAKA



Opticien-optométriste

اقامة البركة رقم 4 عمار 113

الحي الحسني الدار البيضاء

Tél : 07 00 97 91 40

INPE : 095031829

R.C : 448960

Patente : 35005682

IF : 35005682

ICE : 002963982000008

FACTURE N° 000500

Mr. AA Bidaoui H. Missa ..... السيد:

العدد Quantité	النوع Désignation	المجموع Total DH
2	un super Ak. BCW	
00	(-2.00 + 0.50) + 4.00	2.00 DH
05	+ 0.85	0.85 DH
1	un 2	2.00 DH
		14.00 DH

