

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.

N° W21-611984

193701

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6881

Société : RHM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TIZAGHTI OMAR

Date de naissance :

07.02.1967

Adresse :

Tél. : 0661664981

Total des frais engagés : 200.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation :

02 FEV. 2024

Nom et prénom du malade :

TIZAGHTI SARA

Age: 15 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Anisotropie

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 : Ben Chahid

Le : 02/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Signature]

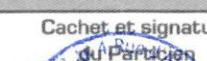
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	2/2/24				15000

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

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
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائى للشبکية - الپیز

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطباق الأول - برشيد

للهاتف: ٠٥٢٢٣٢٤٨٤٧

Dr. Sounaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii
Tel: 0522 32 48 47
Barrechid
Rue Okba Ibn Nafii
Barrechid
02 FEV. 2024

Enf. TIZAGHTI Sara

Monture pour enfant + verres correcteurs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = - 2.00 (- 0.25 à 140°)

$$OG = -2.25 \text{ (-0.25 à } 50^\circ)$$



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Ouba Ibhou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

FACTURE

Date : 02/02/2024

CLIENT: SARA TIZAGHTI

Numéro: 10269108

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE OPALE	1	800.00
VD	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG AR 1.6	1	350.00
VG	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG AR 1.6	1	350.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. CHEBIHI HASSANI SOUMAYA			
LOIN : OD:-2.00(-0.25,140°) OG:-2.25(-0.25,50°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD: OG:			
		Total TTC:	1 500.00
		Taux TVA:	20%
		Montant TVA	300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **MILLE CINQ CENT DIRHAMS .TTC.**

