

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 :

- Toutes 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.

Reéducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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 | peci@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1238	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MANSOURI YAHIAoui BACHIR			
Date de naissance : 27/05/1950			
Adresse : Résidence Al MAMOURID 11 Rue Bachir			
IBRAHIMI CASABLANCA			
Tél : 06 61 31 41 95 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : Dr. Samira SEFRIHI OPHTHALMOLOGISTE (Maladies et Chirurgie des Yeux) Av. Med. VI Résidence Diyar 3 imm.3 122 SALE</p>			
Date de consultation : 17-08-2014			
Nom et prénom du malade : MANSOURI YAHIAoui BACHIR			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hypertonie + astigmatisme myope			
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 : Sidi **Le : 17/08/2014**
Signature de l'adhérent(e) : 

MUPRAS **ACCUEIL** 

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
17.08.2015 CS			250 DH	RIFI INPE 101108256 SANTÉ LOGISTIQUE OPTIQUE SAIDI DENTAL DENTISTE OPTIQUE SAIDI DENTAL DENTISTE SANTÉ LOGISTIQUE OPTIQUE SAIDI DENTAL DENTISTE SANTÉ LOGISTIQUE OPTIQUE SAIDI DENTAL DENTISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AMAR - N° 26 N° 13 TANGER Tél: 05 69 90 50 44	17/08/15	14900 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
LUNETTEUR TANGER Vente et Réparation de Lunettes en Parcours Rue N° 13 TANGER Tél: 05 69 90 50 44	16/09/2015	25000 DH	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	3553351	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SAMIRA SEFRIHI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux



Strabologie - Ophtalmologie - Diabétologie
Voies Lacrymales - Lentilles de contact
Angiographie - Laser
PHAKOEMULSIFICATION

الدكتورة سميرة السفريحي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

داء الحول - مرض سكري العيون - أمراض
مجري الدم العدسات الالتصقة - فحص الشبكية
العلاج بالليزر جراحة المياه البيضاء بالديببات
ملحق المصوته

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplômée en Ophtalmologie des Hôpitaux des Armées du VAL de GRACE PARIS
- Ex Spécialiste attachée aux hôpitaux universitaires de Lyon
- Ex Médecin Commandant Ophtalmologiste de l'armée Nationale Militaire Mohamed V Rabat

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية
قال دوكارس بباريس

طبيبة اختصاصية ملحة سابقاً بالمستشفيات
الجامعة بليون

طبيبة اختصاصية ضابطة سابقاً بالمستشفى
ال العسكري محمد الخامس الرباط

Salé, le 17-08-2019 سلا، في

M: MANSOURAI YAHIAOUI
BACHIR

FBVISION

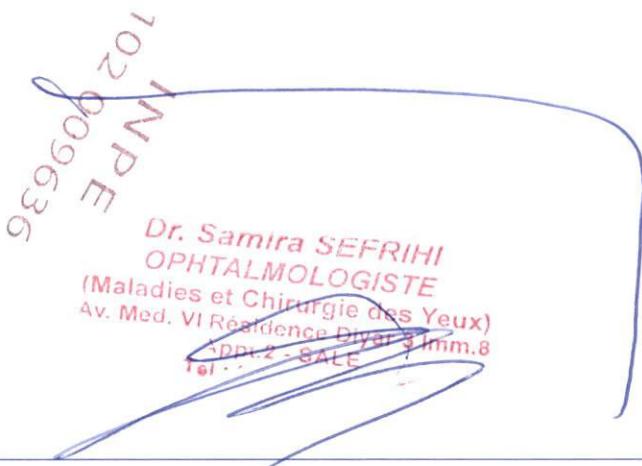
LUMIXA

P.P.C : 149Dh

F.to OM/01

-02

149 Dhs
Lumixa gll
1 gte 3x1 p/t
05 mois



شارع محمد السادس إقامة ديار 3 عمارة رقم 2 - سلا الهاتف 0537.78.28.77
Av. Mohamed VI - Résidence Diyar 3 Imm.8 Appt.2 - Salé Tél.: 0537 78 28 77
E-mail: SefrihiSamira@hotmail.com

Dr SAMIRA SEFRIHI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux



Strabologie - Ophtalmo - Diabétologie
Voies Lacrymales - Lentilles de contact
Angiographie - Laser
PHAKOEMULSIFICATION

الدكتورة سميرة السفريحي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

داء الجول - مرض مكري العيون - أمراض
مجرى الدمع العدسات اللاصقة - فحص الشبكية
العلاج بالليزر جراحة المياه البيضاء بالبدلات
ما فوق الصوتية

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplômée en Ophtalmologie des Hôpitaux des Armées du VAL de GRACE PARIS
- Ex Spécialiste attachée aux hôpitaux universitaires de Lyon
- Ex Médecin Commandant Ophthalmologiste à l'Hôpital Militaire Mohamed V Rabat

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

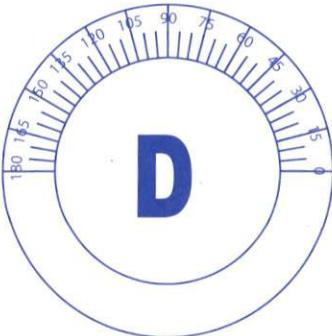
خريجة المستشفى العسكري الفرنسي
فأ دروكس بباريس

طبيبة اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفى
الجامعي بلون

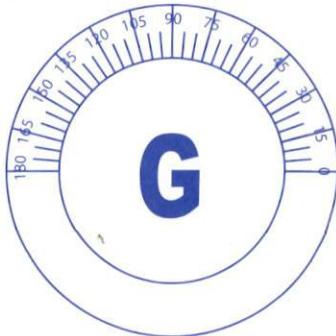
طبيبة اختصاصية ضابطة سابقة بالمستشفى
ال العسكري محمد الخامس الرباط

Salé, le 17.08.2014 سلا، في

M: MANSOUR YAHIAOUI
BACHIR



LUNETTERIE JAWHARA
Vente et Réparation de Lunette
Jawhara H. 26 N° 13 TANGER
Tél: 0537 78 28 77



VISION DE LOIN

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{O.D.} = (125^{\circ}) - 0,25 + 2,50 \\ \text{O.G.} = (80^{\circ}) - 0,50 + 2,50 \end{array} \right.$$

VISION DE PRES

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{O.D.} / \text{addition} + 2,75 \\ \text{O.G.} / \text{addition} + 2,75 \end{array} \right.$$

Dr. Samira SEFRIHI
OPHTHALMOLOGISTE
(Maladies et Chirurgie des Yeux)
Av. Med. VI Résidence Diyar 3 Imm.8 Appt.2
Tél.: 0537.78.28.77

avec monture
+ Ttl outis
refet.

LUNETTE JAWHARA
Vente et Réparation de Lunettes
IBN BATOUTA RUE 13 TANGER
Tél.: 05 58 03 50 44

Le 16/03/2019

Facture N° 54

M: MANSOURI
YAHIAOUI BACITIR

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
2	Verres organique optique pour vision progressif	1500,00Dr	
	OD: (125; -0,25) +2,50		
	OG: (80; -0,50) +2,50		
	ODC: add + 2,75		
1	Ronture optique	1000,00Dr	
2	La facture reste à la forme		
			2500,00Dr
RC: 72312 PT: 50844981 ICE: 000804586000001 IF: 40174040			
LUNETTERIE JAWHARA Vente et Réparation de Lunettes IBN BATOUTA RUE 13 TANGER Tél.: 05 58 03 50 44			

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		Nombre
<input type="checkbox"/>	Copie des résultats	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaires	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaires	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaires	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	
OPTIQUE		
<input checked="" type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ordonnance	
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/>	Facture	
PHARMACIE		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ordonnance *	
<input checked="" type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	
<p>* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)</p>		
<p>** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre</p>		
<u>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</u>	Matricule: <i>1238</i> Signature de l'adhérent	FS n°: <i>W19-443393</i> W16-074565 Signature & visa de la MUPRAS