

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 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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-468590

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 9634 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ENCHANTEF YOUSSEF

Date de naissance :

11/08/1971

Adresse :

164, CITÉ EL HOUSSIA AÏCHA MEDINA

Tél. :

0661058136

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR SKIKER Hasnae Fouzia
RDC
Immeuble Bouskoura
Tél: 05 22 32 19 70
SOFIANE NAJAT

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age: 50

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 :

Le : 01/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

9634
YOUSSEF
8362

Matricole :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01/10/19	C2		250.00	<i>Dr. SKIKER Hasnae EPOUSE DE EL HADJ RDC, Bd. Abderrahmane Sidi Immeuble Bouargane - Mohammédia Tel : 05 23 32 59 70</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA LIBERTE MERZOUKI Najat 136, Lcr El Houa, El Alla - Mohammed</i> Tel: 05 23 32 03 06	01/10/19	112,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

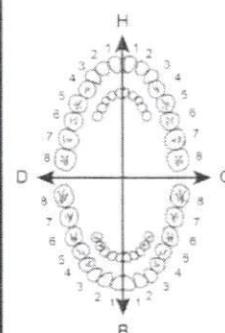
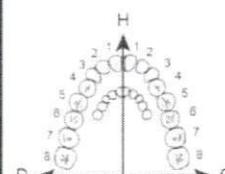
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>OPTIQUE</i>	11/10/19	optique				2000,-

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Dr HASNAE SKIKER

-Ep Dr EL HAJAJI-

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux.
Diplômée du centre hospitalo Universitaire de rabat.

- Chirurgies de la cataracte.
- Ophtalmologie pédiatrique.
- Adaptation des lentilles de contact.
- Angiographie - Oct - laser.



**الدكتورة حسناء سكير
درم الدكتور الحجاجي**

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون.
خريجة المركز الاستشفائي الجامعي بالرباط.
- جراحة الجلالة.
- طب عيون الأطفال.
- عدسات لاصقة.
- فحص و تصوير شبكي العين - ليزر.

01 Octobre 2019

Mohammedia le :

المحمدية في :

Mme SOUFIANE Najat

112,00

NEOFLUID



UNE GOUTTE 3x/JOUR, les deux yeux, 1 Mois

PHARMACIE LA LIBERTE
MERZOUKI Najat
336, Lot El Houria, El Alia - Mohammedia
Tél : 05 23 32 03 06

~~Dr. SKIKER Hasnae Epouse DR EL HAJAJI~~
~~OPTOMÉTROLOGISTE~~
~~RDC 2d. Abderrahmane Serghini~~
~~Immeuble Désert - Mohammedia~~
~~Tél. : 05 23 32 59 70~~

Steripharma
PPC:112,00 dh

☎ : 05 23 32 59 70 - ✉ : h.skiker@yahoo.fr

الطابق السفلي، عمارة بوركان شارع عبد الرحمن السرغيفي قرب صيدلية المسبح - المحمدية

Dr HASNAE SKIKER

-Ep Dr EL HAJAJI-

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux.
Diplômée du centre hospitalo Universitaire de rabat.

- Chirurgies de la cataracte.
- Ophtalmologie pédiatrique.
- Adaptation des lentilles de contact.
- Angiographie - Oct - laser.



الدكتورة حسناء سكير
حروف الدكتور الحجاجي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون.
خريجة المركز الاستشفائي الجامعي بالرباط.
- جراحة الجلالة.
- طب عيون الأطفال.
- عدسات لاصقة.
- فحص و تصوير شبكي العين - ليزر.

01 Octobre 2019

Mohammedia le :

المحمدية في :

Mme SOUFIANE Najat

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets**

VL :

$$OD = -0.25 \text{ (-0.25 à } 85^\circ\text{)}$$

$$OG = \text{Plan} \text{ (-0.75 à } 65^\circ\text{)}$$

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

$$ODG = \text{Add : +1.75}$$

Dr. SKIKER Hasnae Epouse DR. EL HAJAJI
OPHTHALMOLOGISTE
RDC, Bld. Abderrahmane Serghini
Immeuble Bocagno - Mohammedia
Tél. : 05 23 32 59 70

FEDALAH VISION
S.A.R.L. A.D.
Résidence Tolana, Av. des FAR Angle Rue Doukala
Mag. 9 et 10 - Mohammedia
Tél / Fax : 023.318.318

☎ : 05 23 32 59 70 - ✉ : h.skiker@yahoo.fr

الطابق السفلي، عمارة بوركان شارع عبد الرحمن السرغيفي قرب صيدلية المسبيح - المحمدية

FEDALAH VISION



Optique Optométrie
Contactologie
Opticienne diplômée



Mohammedia 14/10/2019

/

Mr ou Mme SOUFIANE NAJAT

FACTURE N° 7150/TR4/19

Ordonnance du Docteur / SKIKER						
Code	Œil Droit			Œil Gauche		
	Sph	Cyl	Axe	Sph	Cyl	Axe
Loin	-0.25	-0.25	85		-0.75	65
Près	A+1.75			A+1.75		

Désignation :	P.U	P.G
Monture VL : CELLULO	400.00	400.00
Monture VP : CELLULO	400.00	400.00
Verres : VL ORGANIQUE ANTI-REFLET	700.00	700.00
VP ORGANIQUE BLANC	500.00	500.00
Nomenclature :		
O.D :		
O.G :		
Total (DHS) :		2000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DHS

I.C.E 001714617000046