

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0003152

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9960 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELGAZZAR Charifa Date de naissance : 29-6-1965

Adresse : 0522912613

Tél : 0613700224 Total des frais engagés : 3546160 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/8/19

Nom et prénom du malade : BELGAZZAR CHARIFA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Long Affection Longue Durée ALD et ALC

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 : / /


Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
26/8/19		28.20	300.00	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/8/2019	244,60 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

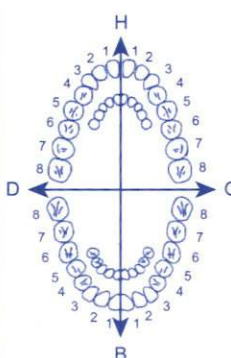
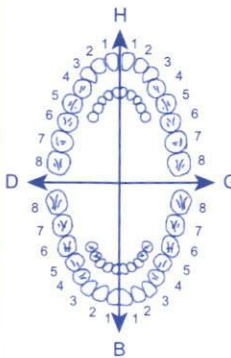
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31/8/19		Ventes			3000.00
			Monture			

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
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">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chama DAOUDI ep. TAZI

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des yeux
Nourrissons, Enfants et Adultes
Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris
Ancien médecin au CHU de Rabat

الدكتورة شامة الداودي ج. تازي
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
للرضع والأطفال و الكبار
خريجة كلية الطب بالرباط و باريس
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

Le
26 août 2019

Mme BELGAZZAR Charifa

LEVOPHTA COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour
(agiter avant application), les deux yeux, 15 j

FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, les deux yeux, 10 jours

THEALOSE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, les deux yeux, 1
Mois

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV 75.00 DHS
AMM N°41 DMP/21/NRQ

6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS
Remboursable AM
40686

PPC : 147.00 DH

Pharmacie Tamara
DOUMAYATI
Av. Mohammed VI
Tél: 05 37 77 43 34
MPE: 102055836

Dr. DAOUDI Chama
Ophthalmologiste
59, Av. Fal Ouled Oumeir
App. 8, 4eme Etage, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 43 01 / 06 16 01 02 70

59.avenue Fal Ouled Oumeir. App 8, 4^{ème} étage
Agdal-RABAT (en face de MAROC TELECOM)

59, شارع فال ولد عمير ، شقة رقم 8 ، الطابق الرابع
أكدال، الرباط (مواجه إنتالات المغرب)

Tél : 05 37 77 43 01 / GSM : 06 16 01 02 70 / Email : chamaoph@gmail.com

Dr. Chama DAOUDI ep. TAZI

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des yeux

Nourrissons, Enfants et Adultes

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris

Ancien médecin au CHU de Rabat

الدكتورة شامة الداودي ح. تازي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

للرضع والأطفال و الكبار

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

26/08/2019

Le

Note d'honoraires

Mme BELGAZZAR Charifa

Intitulé	Montant
Consultation + dilatation	300,00 TROIS CENTS DIRHAMS TTC

Centre d'Ophtalmologie DAOUDI

INPE : 101206209

Dr. DAOUDI Chama
Ophtalmologiste
59, Av. Fal Ouled Oumeir
Appt. 8, 4ème Etage, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 43 01 / 06 16 01 02 70

59, avenue Fal Ouled Oumeir. App 8, 4^{ème} étage
Agdal-RABAT (en face de MAROC TELECOM)

59, شارع فال ولد عمير ، شقة رقم 8 ، الطابق الرابع
أكدال، الرباط (مواجه إتصالات المغرب)

Tél : 05 37 77 43 01 / GSM : 06 16 01 02 70 / Email : chamaoph@gmail.com

Dr. Chama DAOUDI ep. TAZI

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des yeux

Nourrissons, Enfants et Adultes

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris

Ancien médecin au CHU de Rabat

الدكتورة شامة الداودي ج. تازي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

للرضع والأطفال و الكبار

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

Le
26 août 2019

Mme BELGAZZAR Charifa

Monture + verres correcteurs progressifs

VL :

OD = + 1.00 (- 1.00 à 95°)

OG = + 0.75 (- 0.75 à 70°)

VP :

ODG = Add : + 1.75

SANTÉ VISION
Chamaoui Maria Opticienne
N°17, Av. Mly Rachid Temara
Tél: 0537 64 22 56
ICE: 001687952000067

Dr. DAOUDI Chama
Ophtalmologiste

59, Av. Fal Ouled Oumeir

App. 8, 4ème étage, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 43 01 / 06 16 01 02 70

59, avenue Fal Ouled Oumeir. App 8, 4^{ème} étage
Agdal-RABAT (en face de MAROC TELECOM)

59, شارع فال ولد عمير ، شقة رقم 8 ، الطابق الرابع
أعدال، الرباط (مواجه إتصالات المغرب)

Tél : 05 37 77 43 01 / GSM : 06 16 01 02 70 / Email : chamaoph@gmail.com

SANTÉ VISION

Opticienne Optométriste

Diplômée d'état

Adaptation de Lentilles de Contact

9, Av. Moulay Rachid - Témara - Centre

Tél : 05 37 64 20 47

INPC 105002556

Facture

N° 012339



V I S I O N

Témara, le 3/5/15.

M

BELGAZZAR CHARIFA.

NOMENCLATURE	DESIGNATION	P.U	MONTANT
OD: +1.00 -1.00 55)	Verre organique	1000.00	
OE: +0.75 (-0.75 75)	Anti-reflet.		2000.00
	Anti-lent. Hoya 16	1000.00	
paye.	Monture optique	1000.00	1000.00
			3000.00

Dont TVA 20 % inclus

Arrêté à la somme de :

T Roix Mille d H.

ICF: 001457/52000057
Tél: 0537 64 20 47
N° 11: 001457/52000057
N° 11: 001457/52000057
SANTÉ VISION