

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.

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
Doss^{n°} 10398
N° W19-483228

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 03461		Société : RETRAITE - RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUJAHAD LAHCEN			
Date de naissance : 01-01-54			
Adresse : BP 821 PPL LA YOUNE SAHARA MAROC			
Tél. : 06 683 01817		Total des frais engagés : 2475,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 31/10/19	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Correction apnée	
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) :

Le : / /

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-483228	
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).	
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
31/10/15	CF		20000	INP : 14112124
				Ophidimor 31.31 / CNS 02.11.2 31/10/15 NPE: 02.11.2 1987800002

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
		A M	P C	I M	I V	
<i>OPTIQUE CHAPPELLE Optométriste Médecin Optique Opticien</i>	09/11/19					# Elaspo

* 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.										
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX						
				MONTANTS DES SOINS						
				DEBUT D'EXECUTION						
				FIN D'EXECUTION						
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES						
					DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE					
					H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
					[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										

Docteur DALI Hicham

Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - OCT - PENTACAM
- Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer
(Myopie, Hypermetropie, Astigmatisme)

Diplômé de faculté de médecine de Rabat
CHU Avicenne



الدكتور دالي هشام

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الحالة - الجلول - مسالك الدمع

- داء العرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لبريك

خريج كلية الطب بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

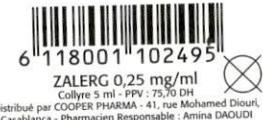
31/10/2019

Melle Moujhad Salwa



ZALERG ODG

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 1 mois)



Pharmacie Ouard EDDAHAB
Dr. HANANI MUSTAHA
Ordonnance Marocaine
AVP Laâyoune
TEL: 05 28 89 10 37



E-mail: dr.dalihicham@gmail.com

Angle Bd Smara et Bd mezoir imm Salam N° 304

Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune

Tél. : 05 28 89 1

3131

ملنفي شارع سمارا وشارع مزوار عماره السلام رقم 304

مكتب رقم 3 فوق المركز التجاري وني - العيون

05 28 89 1

الهاتف : 0019878000028 التعرف المشارك للمقاولات :

Docteur DALI Hicham

Ophthalmologiste

-Chirurgie de la cataracte (phako)

-Strabisme - Glaucoma - voies lacrymales

-Angio laser - OCT - PENTACAM

-Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer
(Myopie, Hypermetropie, Astigmatisme)



Diplômé de faculté de médecine de Rabat

CHU Avicenne

الدكتور دالي هشام

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الخلاة - المول - مسالك الدموع

- داء النزق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

خريج كلية الطب بالرباط

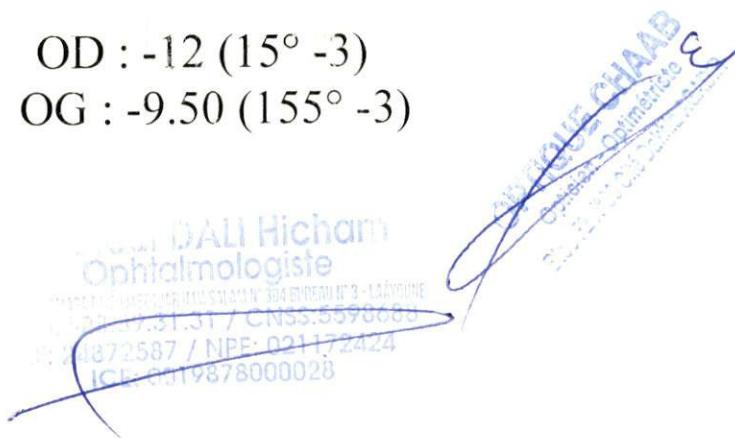
المستشفى الجامعي ابن سينا

Laâyoune le , 31/10/2019

Melle Moujhad Salwa

Monture + verres correcteurs

VL OD : -12 (15° -3)
OG : -9.50 (155° -3)



E-mail: dr.dalihicham@gmail.com

Angle Bd Smara et Bd mezair imm Salam N° 304

Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune

Tél. : 05 28 89 10 31

ICE : 0019878000028

منتفى شارع سمارة وشارع مزار عمارة السلام رقم 304

مكتب رقم 3 فوق المركز التجاري وني - العيون

الهاتف : 05 28 89 10 31

التعريف المشترك للمقاولات : 0019878000028

OPTIQUE CHaab

CODE INPE

ICE : 001485820000023

IF : 76146559

R.C : 22207

PATENTE : 48153731



FACTURTE N° 802/2019

Date : 01/11/2019

Patient : Mlle. MOUJHAD SALWA

Médecin : Dr. DALI HICHAM

Paiement : Espèce

Type verre	Correction	Cotation	Quantité	Prix
ORGANIQUE BLANC ANTIREFLET 1.67 (vision de loin)	O.D : -12.00 (-3.00) 15	420	1	800.00
	O.G : -9.50 (-3.00) 155	419	1	800.00
Monture	Plastique		1	600.00
Total				2200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAMS.

ADRESSE : Bloc F 2 N° 60 Cité DAKHLA AGADIR
05 25 09 15 06

OPTIQUE CHaab
Optique Optométriste
Blok F2 N°60 Cité Dakhla AGADIR