

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL BATTAKH FATIHA		
Date de naissance : 6.2.61		
Adresse : 9 Rue ABI SA RAK La villette casablanca		
Tél. :		Total des frais engagés : .Dhs

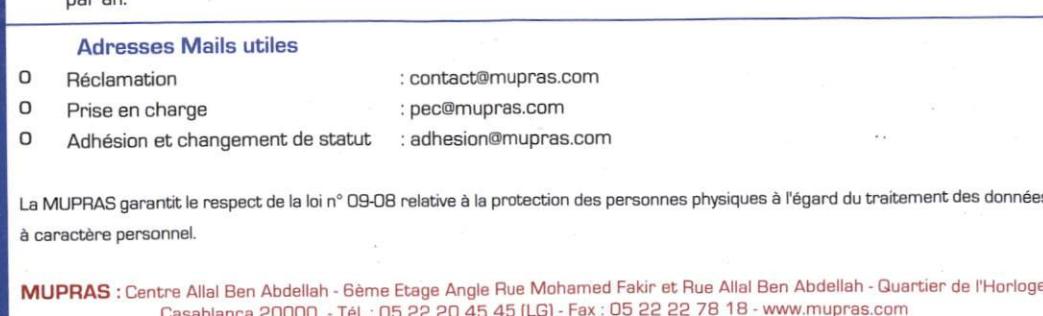
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. AOUFOUCHI Ophthalmologiste Hay Sadri, Av. Maâti Ben Ziad Imm « Dr » N° 7 - Casablanca		
Date de consultation :	13 Fevr 2024		
Nom et prénom du malade :	EL BATTAKH FATIHA Age: 1961		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	AFFection oculaire		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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) :



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
13 Fevr 2024	clap H		25000+	Dr. AOUFI SOUCHI Ophthalmologiste Hay Sadri, Av. Maâti Ben Ziad Imm «D» N° 7 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature pharmacien</i> Rue Z... Quartier... Tel: 05 22 64 11 11	13/2/24	18,50

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Signature Opticien</i> Optométriste... CE... 000 36 88 62 00 00 04 Bn Tachfine Rbz Zinab Isak	20/02/2024					1900DH

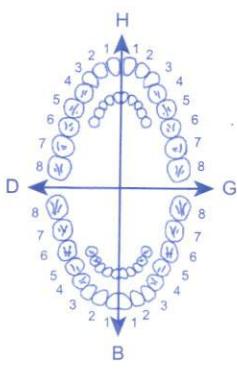
INP: 0950 28361

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

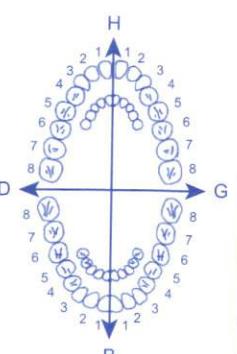
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
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

Docteur M. AOUFOUCHI

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux
Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact...
Chirurgie de la Myopie

Casablanca, le

13 Fevr 2024

الدكتور م. أوفوش

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

حلالة - الزراق - الحول

مسالك الدموع - انجيوغرافيا

اللنز - العدسات اللاصقة ..

جراحة عيوب البصر

الدار البيضاء، في ..

EL Rot Track for TI 14A

Denn hier hör' ich

$$V1 \quad g_m = +0.25 \quad (+1^\circ \quad 45^\circ) -$$

$$g_m = +0.5 \quad (+1^\circ \quad 120^\circ) -$$

4154 3.0 em

18.5°

181^o - Sophitel well. (N^o 15) + 267 ones -

Dr. AOUFOUCHI
Ophthalmologist
Hay Sadri, Av. Maâa Ben Ziad
Imm «D» N° 7 - Casablanca
Dr. M. AOUFOUCHI

شارع المعطي بن زياد- عماره "د" رقم 7 - حي الصدر- المركب الخيري بن امسيك سيدى عثمان- الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.71.95.56
Av. Maâti Ben Ziad, Imm. "D" N°7 - Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Tél.: 05.22. 71.95.56

Tél.: 06 39 81 02 94 /95

SIGMA OPTIQUE

Opticien spécialiste



ICE : 002368862000004

Siege Sociale Rdc Magasin

SIGMA OPTIQUE

PATENTE : 31420041

Bd Ibno Tashfine rue zineb ishak

RC : 457355

Res Vinise N° 6 Casa

IF : 42761789

FACTURE N° : 00320

Date : 20/02/2024

Nom client : E.P. BATTAKIT Fatiha

Docteur :

N° de nomenclature :

Monture : Metal	500 DH
Verres : 1.5 ceramique antilumiere blue	
VL :	
OD : +0,25 (+1,00) 45	350 DH
OG : +0,50 (+1,00) 170	350 DH
VP : 1.5 ceramique antilumiere blue	
OD : +3,25 (+1,00) 45	350 DH
OG : +3,50 (+1,00) 170	350 DH

*SIGMA OPTIQUE SARL
Opticien - Contactologue
002368862000004
Bd Ibno Tashfine Rue Zineb ishak N°8*

TOTAL :Arrête la présente facture a la somme de : *Mille neuf cent dinar* 1900 DH