

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

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° P19- 0023963

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HAIL malika Date de naissance : 01/01/1966
Adresse : APASSAGE 6 TISSIR 2 BERRECHID
Tél. : 675684193 Total des cotisations : 200,00 + 58,00 = 258,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBBI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafli Berrechid
Tél 0522 32 48 47

Date de consultation : 30 JAN 2020
Nom et prénom du malade : EL HAIL malika Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Amétropie
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 : BERRECHID Le : 30 JAN 2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
30 JAN 2020	5		200,00	Dr. SOUMAYA EL EBIRI HASSAN DENTAROLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tel: 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAD 1.3.5 Rue Ila Abou Madi - BERRECHID - Tel.: 0522 33 64 01	30/01/2020	58,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie ALAFAD 1.3.5 Rue Ila Abou Madi - BERRECHID - Tel.: 0522 33 64 01			

AUXILIAIRES MEDICAUX

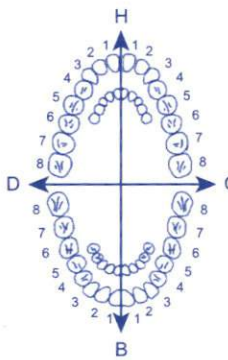
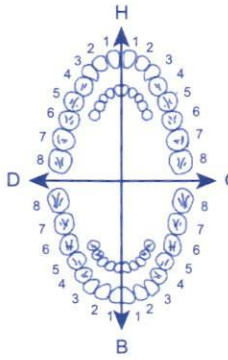
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Pharmacie ALAFAD 1.3.5 Rue Ila Abou Madi - BERRECHID - Tel.: 0522 33 64 01	28/02/20					2500,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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><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>D</td><td>G</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></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1^{er} étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le 30/01/2020

Mme EL HAIL Malika

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets

VL :

OD = + 0.25 (- 1.00 à 100°)

OG = + 0.50 (- 0.50 à 60°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

58,00

INDOCOLLYRE



1 goutte 4 fois/jr, les deux yeux

58,00



Pharmacie ALAFAQ

1.315 Rue Ma Abou Madi
- BERRCHID -

Tel.: 0522 33 64 01

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47

IBNO CHALDOUN OPTIC
Opticien Optométriste
Ophthalmologue
Avenue aboulqasim Bouabid Tissir 2 N 189
Berrechid - Tél.: 06 23 33 13 62

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV 56.00 DHS
AMM N° 270 DMP/21/RQ

LOT: 04692
FAB/C تاريخ الإنتاج 04 2018
EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2020

ibno khaldoun

IBNO KHALDOUN OPTIC
Opticien Optométriste
contactologue

Avenue abderrahim Bouabid Tissir 2 N 189
Berrechid - Tel: 06 23 33 13 62

Client

EL HAIL MALIKA

Facture client

Numéro : 1228

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
MONTURE	MONTURE	1	500	500
Verre	Organique Progressif Transition	2	1000	2000

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT :

2083,33

TVA (20%)

416,67

Total TTC :

2500

ARRETE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet

BERRCHID, le 18/02/2020

IBNO KHALDOUN OPTIC
Opticien Optométriste
contactologue

Avenue abderrahim Bouabid Tissir 2 N 189
Berrechid - Tel: 06 23 33 13 62

Adresse : 189 avenue abdelrahim bouabid tissir2 berrechid BERRCHID GSM : 0522325960

ICE : 001857899000083 RC : 21066 Patente : 29000164 IF : 40741077