

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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- 0023021

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

23795

Matricule : 4173 Société : R.A.M.

 Actif Pensionné(e) Autre :

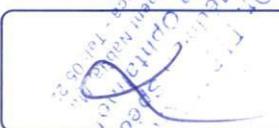
Nom & Prénom : OUAKITCHACHI-FATIMA Date de naissance : 1955

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/02/2020

Nom et prénom du malade : EP OUAKITCHACHI-FATIMA Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

affection - oculaire

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.

05 MARS 2020

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DEROUA

Le : 05/03/2020

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
20.02.20 C-S			200,00 DT	<i>Dr. Elbaïd Médecin Dentiste Lotissement N°1 en Tunisie</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/2020	170,00

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	
<i>BOURIZ OPTIQUE BLOC KIN 10 - Deroua Nouasser Tél : 022.53.24.25</i>	05/02/20					1200 + 100

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

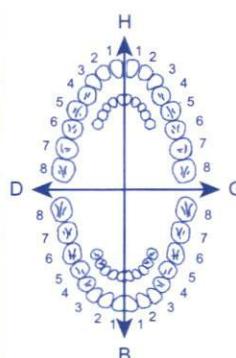
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
	D	G	B	
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
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'EXECU

الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون
 حاصلة على شهادة بكلية الطب
 الدار البيضاء
 جراحة العين المفتوحة [الجلالة]
 القرنية المخروطية
 تصحيح البصر بالليزر
 زراعة العدسات
 أمراض الشبكية



ORDONNANCE

20.02.25.

El aqakheledu. El aq

170,00

bulot shield C



Lotissement Nabila, Makhloouf N° 334, étage N° 2
 en Ophthalmologie
 Dr RACHA BAKKAL Spécialiste



Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطبي

الدار البيضاء

جراحة العيام البصري [الحالات]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

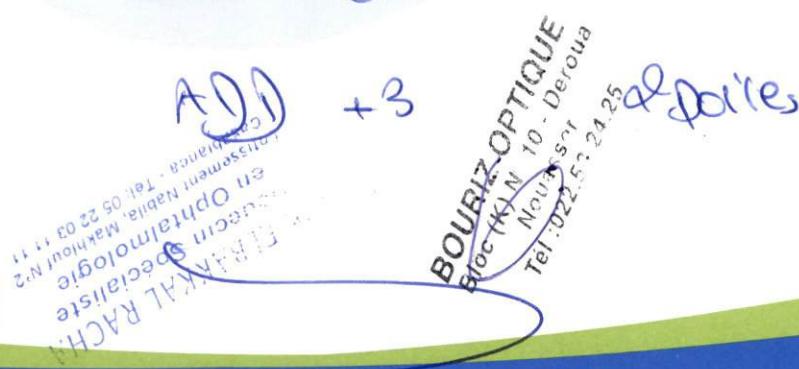
20.02.20

El Soufia Chichi

Rachael

Monture avec la correction
pour $\frac{1}{2}$

- OD: +2 (-2,5 à 90°)
- OG: +2,5 (-1,5 à 90°)



تجزئة نبيلة مخلوف رقم 334. الطابق الثاني N° 2

Tél : 0522 03 11 11 / Email : rachaelbakkal@gmail.com

Bouriz OPTIQUE

Bloc K, N° 10, DEROUA - Naousser

Tél : 0522 53 24 25

Patentes 55804310 / R.c 11938

ICE : 001302120000022

BOURIZ OPTIQUE
BLOC (K) N° 10 - Deroua
Tél : 022.53.24.25
Nouassir

Facture 0016cf

EL OMAR HACHI FATHIMA

Doit

N° de nomenclature correspondants à la prescription du Docteur	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	Varilux
	O.D. 415	O.D. 415	O.D. /	O.D. /
Docteur	O.G. 408	O.G. 409	O.G. /	O.G. /

Fournitures:

Monture : Plastique 2 600,-

Verres : VL 022 Garris 30,-

BLANC

VR 022 Garris BLANC 30,-

BOURIZ OPTIQUE
BLOC (K) N° 10 - Deroua
Nouassir
Tél : 022.53.24.25

TOTAL : 1200,00 DH

La Présente facture arrêtée à la somme de :

Mille deux cent dinars