

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

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W19-552163
ND: 36347

| | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 4961 | | Société : R.A.M | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : EL 1HABI Abdellah | | | |
| Date de naissance : 25/10/1963 | | | |
| Adresse : Hay Mly Abdellah Rue 284 N°25 Casab | | | |
| Tél. : 0668 19 76 53 | | Total des frais engagés : 2343,00 | |

| | | |
|---|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Dr ZRYOUIL Merieme Ophthalmologue 52, Bd. el khalil Hay M ly Abdellah - Casablanca Tél: 05 22 52 38 42 | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : 23/07/2020 | | |
| Nom et prénom du malade : EL 1HABI Med Amine Age: 56 | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | |
| Nature de la maladie : Algéctomie | | |
| 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'adjudicataire. | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/07/20 | CS | | 200,00 | INP : 0311111111 Dr. ZK Ophtalmologue 52, Bd. el khail Hay M Y Abdellatif - Casablanca Tél: 05 29 52 38 42 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>Dr. ZK</i> Tél: 05 22 21 | 23-07-20 | 163,00 |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

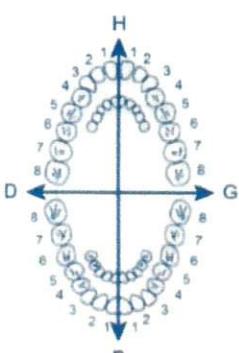
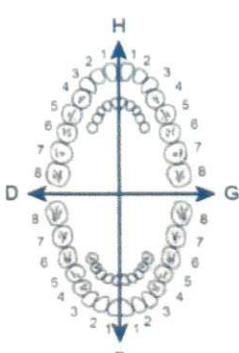
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| <i>OPTIQUE ALIN CHOCK</i> Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca | 24-07-20 | | | | | 2000,00 |
| | | | | | | |

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|---|----------------|------------------|-------------|
|  | | | |
|  | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | |
| D | 00000000 | 00000000 | |
| B | 35533411 | 11433553 | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | |
| Montants des soins <input type="text"/> | | | |
| Date du devis <input type="text"/> | | | |
| Date de l'exécution <input type="text"/> | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : 23 juillet 2020 في :

Mr. ELIHABI Mohamed Amine

75-02

LEVOPHTA

68.00 une goutte x 2, les deux yeux, 1 Mois

VITADROP: collyre

1 goutte 4 fois/jour les deux yeux, 1 Mois

143~00

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. el Khalil Hay Mly
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

LOT 5397
Fabrication 11-2019
Exp. 10-2021

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml
ZENITH-PHARMA
FPV 75.00 DHS
AMM N° 728/16/DP/21/NRQ



**RIMA
PHARMA
PVC
68.00 DH**

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca
05 22 52 38 42 drzryouilmeryem@gmail.com

AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

N° 006033

Docteur: Marieme Thysoul
Mr. El Habi Mohamed Amine

Nomenclature :

| | | | |
|------------------|----------------|----------------|---------------|
| Montures : | VL | <u>Optique</u> | <u>600,00</u> |
| | VP | | |
| Type de verres : | <u>Optique</u> | | |

* VISION DE LOIN :

| | | | |
|------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| OD : | Axe : <u>135°</u> | Cyl : <u>-0,25</u> | Sph : <u>200,00</u> |
| OG : | Axe : <u>165°</u> | Cyl : <u>-0,50</u> | Sph : <u>200,00</u> |

* VISION DE PRES :

| | | | |
|------|---|---|---------------------------------|
| OD : | Axe : Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca | Cyl : OPTIQUE AL HORRIA OPTIQUE | Sph : = <u>2000,00</u> |
| OG : | Axe : Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca | Cyl : OPTIQUE AL HORRIA OPTIQUE | Sph : = <u>2000,00</u> |
| | | Add : = <u>2000,00</u> | |

Total : Demande millésime JL

Date: 24/07/2020

Dr. Merieme ZRYOUIL

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

اختصاصية أمراض
و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (جلاة) بالليزر

سكرى العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموي

رخصة السياقة

Le : 23/07/2020 في :

Mr EL HABI Mohamed AMINE

lunettes pour correction optique

VL

OD $(-0,25 \delta \text{ à } 135^\circ)$

OG $(-0,50 \delta \text{ à } 165^\circ)$

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd El Khalil - Hay Mly
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42



52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca

05 22 52 38 42

drzryouilmeryem@gmail.com