

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.



Declaration de Maladie

N° W19-480229

ND: 43934 CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3576 Société : Retraité

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : JAMAL EDDINE HOUCINE

Date de naissance : habituelle

Adresse : habituelle

Tél. : Total des frais engagés : 48801

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSAN
OPHTALMOLOGISTE
Dr. Soumaya Okba Ibnou Nafil Berrechid
Tél. 0522 32 48 47
Rue Okba Ibnou Nafil
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : R. Z. Aicha Age : 40

Lien de parenté : ☐ lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affect - oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, commentez le caractère confidentiel de la maladie et joignez la déclaration de confidentialité du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration de maladie et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 15 Oct 2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-480229

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06/10/20 | 2+ Foss | 2000,00 | 2000,00 | INP : 06104254 Dr. Soumaya CHERRI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tél. 0522 82 48 47 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 06/10/20 | 2881,53 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
| | <table> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | DATE DU DEVIS [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DE L'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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 06/10/20

Rizki Aicha

147.0

1/ THEALOSE : Gélpre



47.0 151e 3/3 /075
1fl

2/ Sel larmes



188.0

شارع المسيرة الخضراء
المسيرة الخضراء
65-63
الهاتف : 0522 53 43 14 - برشيد

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

