

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-527028

ND. 46931



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>9413</u>			
Société : <u>RAM</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : <u>ESSELAOUI Mohammed Samir</u>			
Date de naissance : <u>08/05/72</u>			
Adresse : <u>388 Rue Brahim Nakhli APL6 CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>0661225023</u> Total des frais engagés : <u>3750,00</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Date de consultation : <u>AOUT 2020</u> Nom et prénom du malade : <u>ESSELAOUI Samir</u> Age : <u>1972</u> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Signifie maladie de l'œil et de la tête</u> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>+</u> 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 : <u>CASABLANCA</u> Le : <u>05/11/2020</u> Signature de l'adhérent(e) :			



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ZRY OPTIC Opticienne Optométriste Résidence Dyr 3 May, N°31-Imme. N°2 Légrablia, Route De Kénitra-Salé INPE:105008437/HN:05 37 78 28 81	12/04/2014			progressifs INPE.	105008437	35000.00

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 de l'ODF.																
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
			INP : <input type="text"/>													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		G	00000000	11433553												
		B	35533411													
		<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr SAMIRA SEFRIHI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux



Strabologie - Ophtalmo - Diabétologie
Voies Lacrymales - Lentilles de contact
Angiographie - Laser
PHAKOEMULSIFICATION

الدكتورة سميرة السفريحي
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

داء العول - مرض سكري العيون - أمراض
مجرى الدم العيني اللاصقة - حচص الشبكية
العلاج بالليزر جراحة المياه البيضاء بالدببات
ملحق الصوتية

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplômée en Ophtalmologie des Hôpitaux des Armées du VAL de GRACE PARIS
- Ex Spécialiste attachée aux hôpitaux universitaires de Lyon
- Ex Médecin Commandant Ophtalmologiste à l'Hôpital Militaire Mohamed V Rabat

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية فال دوكراس بباريس
- طبيبة اختصاصية ملحقة سابقًا بالمستشفيات الجامعية بليون
- طبيبة اختصاصية ضابطة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس الرباط

Salé, le

18 juillet 2020
M: ESSETONI Tel: Bous

سلام، في

Thealose of Ms.
agte 3x by PR
o il mon ..

Samira SEFRIHI
OPHTHALMOLOGISTE
Malades et Chirurgie des Yeux
Av. Mohamed VI Résidence Diyar 3 Imm.8 Appt.2 - SALE
Tel:

Dr SAMIRA SEFRIHI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux



Strabologie - Ophtalmo - Diabétologie
Voies Lacrymales - Lentilles de contact
Angiographie - Laser
PHAKOEMULSIFICATION

الدكتورة سميرة السفريحي اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

داء العول - مرض سكري العيون - أمراض
مجري الدم العصيات الاصقة - فحص الشبكية
العلاج بالليزر جراحة المياه البيضاء بالدبيبات
ما فوق الصوتية

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplômée en Ophtalmologie des Hôpitaux des Armées du VAL de GRACE PARIS
- Ex Spécialiste attachée aux hôpitaux universitaires de Lyon
- Ex Médecin Commandant Ophtalmologiste à l'Hopital Militaire Mohamed V Rabat

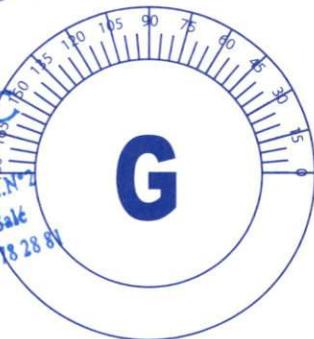
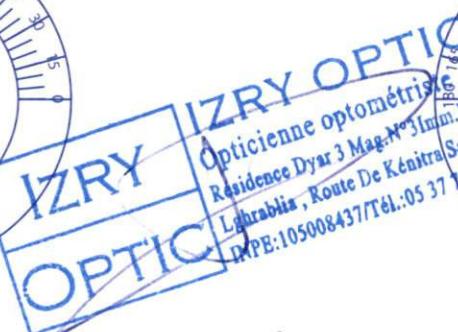
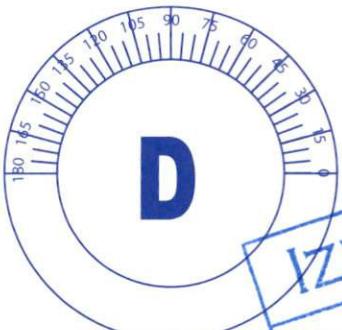
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بباريس
- خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية فال دوكارس بباريس
- طبيبة اختصاصية ملحة سابقاً بالمستشفيات الجامعية بليون
- طبيبة اختصاصية ضابطة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس الرباط

Salé, le

18 AOUT 2020

M. ESSELAOUI

jet Senior



VISION
DE LOIN

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{O.D.} = (165^{\circ}) - 0,50 \\ \text{O.G.} = (175^{\circ}) - 1,25 \end{array} \right.$$

VISION
DE PRES

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{O.D.} / \text{addition} + 1,75 \\ \text{O.G.} / \text{addition} + 1,75 \end{array} \right.$$

+ Neus progressif. + TT anti reflet
avec monture

Dr. Sefrihi SEFRIHI
OPHTALMOLOGISTE
Méd. & Résidence Diyar 3 Imm.
Appt.2 - SALÉ
Tél : 0537.78.28.77

IZRY OPTIC

HAYAT BOUCHOU

Opticienne Optométeriste

Facture N° : 495

Salé le : 12/09/20

Nom et Prénom : ESSELAOUI MOHAMED SAMIR

Quantité	Désignation	Prix Unitaire TTC	Prix Total TTC
1	Vision de Loin: OD (-0,50 à 165°)	OD 1750,00 DH	
1	OG (-1,25 à 175°) progressif alura 1,6	OG 1750,00 DH	ODG 3 500,00 DH
	Vision de Prés: OD Addition +1,75 OG	OD DH OG DH	ODG DH
	Monture	DH	DH
Montant Global T.T.C			3 500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Mille Cinq Cent Dirhams. TTC .

Mode règlement : Espèce



Signature