

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

7/2/26

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : MA39	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SAAOUD MASAA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0660159320		Total des frais engagés : 6075,7 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

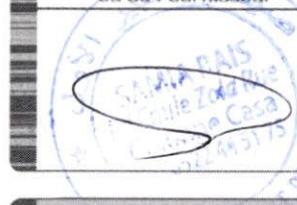
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	DR. LAOUISSI Nadia Professeur en ophtalmologie 76 Boulevard Abdelloumen Ras Koutoubia Casablanca Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15
Date de consultation :	25/05/2022
Nom et prénom du malade :	SAAOUD MUSA
lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	Appel au soleil
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 : _____ Le : _____

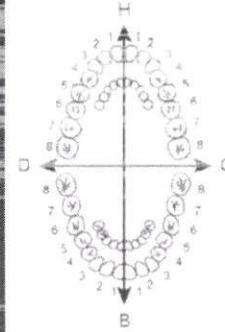
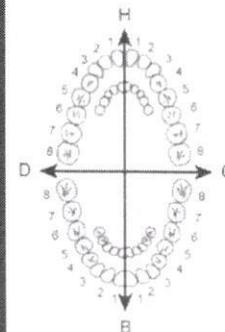
Signature de l'adhérent(e) : _____

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
05-11-2022	3		30000	INP 09M56949 Dr. LASSI Professeur en Ophthalmologie 16, Boulevard Abdelmoumen Res Koutoubia Casablanca 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/11 2022	75,70

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
	29/11/2022			57000	dh RD
					

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.																
SOINS DENTAIRES	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"/>																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
ODF PROTHESSES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
 Maladies et Chirurgie des Yeux
 Ex. Professeur à la Faculté de Médecine
 et de Pharmacie de CASABLANCA
 EX Attachée au CHU de Nantes (France)
 - Microchirurgie de l'Oeil
 Strabisme - Phacoemulsification
 Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
 Chirurgie Réfractive
 Agrée en Médecine Aérospatiale

الأستاذة لعويسى. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

5-11-025

SAOU D ن. لعويسى

L'ARTISAN DU REGARD
 113 Rue de Craonne
 et Angle Rue de Beauvis
 Casablanca Tel : 0522 54 30 08

lunettes proposées
 par ceux ci



VC / OD + OAS
 OAS (90° - 0,25) + OAS



+ 1,75

VP / OD GI

dated 1/75

Zalerg Cipe

Dr. LAOUISSI N.
 Professeur en ophtalmologie
 16 Boulevard Abdelmoumen
 Résidence Koutoubia Casablanca



76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1ère Etage - Casablanca
 Tél : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

L'ARTISAN DU REGARD

11/3, Rue de craonne et angle rue de beauvais
Belvédère- Casablanca
Tél: 0522543008
ICE: 00218085100097
R.C: 422159 Patente: 37948018

CASABLANCA , le : 29/11/2022

FACTURE N° 000618

SAOUD MAJDA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 monture optique	1.200.00
1 verre progressif correcteur organique antireflet bleu	2.250.00
1 verre progressif correcteur organique antireflet bleu	2.250.00
Dont TVA (20%)	950.00
TOTAL TTC	5.700.00
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : Cinq mille sept cents Dirhams	

INPE : 095024360

L'ARTISAN DU REGARD
11/3 Rue de Craonne
et Angle Rue de Beauvais
Casablanca Tel : 0522 54 30 08
