

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.

N° W21-657712

148651

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 2706 Société : RAY		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HANABLI (ELBARRAKI) SAMIRA		
Date de naissance : 12/07/1965		
Adresse : 6 Tbel aroui Hay esalam Casablanca		
Tél. : 0661571756	Total des frais engagés : 7693,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Dr Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste EN Ophtalmologie
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 061288304
Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 08/12/2022

Nom et prénom du malade : EL Bakkaoui El Ikhloifi Samira

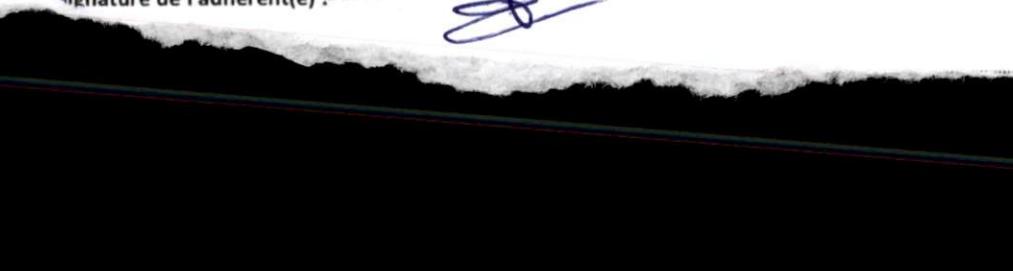
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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.

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 : Casablanca Le : 09/10/2023

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
08/12/22 GS		3000 DT	3000 DT	 M'HAMED EL KHOUEFI SPECIALISTE EN OPHTHALMOLOGIE MALEDIES ET CHIRURGIE DES YEUX Tél: (+212) 0322 47 15 94 - INPE Email: ophthalmologie@outlook.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'OLYMPIQUE Mme DAIBINA Fatima Pharmacienne ad. Ghandi - Casablanca tél. 05 22 34 76 3	08/12/99	393,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	
EXTRA OPTIC MME NADA LEBBAR 115 BD GHANDOUR CASABLANCA INPE: 095011003	07/07/17 2017 2017	20	proc	+ mat		7000.00 D

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																				
Montants des soins <input type="checkbox"/>																				
Début d'exécution <input type="checkbox"/>																				
Fin d'exécution <input type="checkbox"/>																				
Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																				
Montants des soins <input type="checkbox"/>																				
Date du devis <input type="checkbox"/>																				
Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																				
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">B</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	G	21433552		00000000		00000000	D	00000000	00000000	B		35533411		11433553
H	25533412	G	21433552																	
	00000000		00000000																	
D	00000000	00000000	B																	
	35533411		11433553																	



PT221208115647

08 décembre 2022

Mme EL BAKKALI EP HANABLI Samira

**Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue**

VL : OD = + 1.75 (- 0.50 à 174°)

OG = + 1.75 (- 0.50 à 3°)

VP : ODG = Add : + 2.50

**EXTRA OPTIC
MME NADA LEBBAR
115 BD GHANDI CASABLANCA
INPE: 095011003**

**Dr Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste En Ophtalmologie
MAADII'S CLINIQUE DES YEUX
18, Avenue Stendhal - Casablanca - INPE : 061298304
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com**



3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Lahoreine SOTHEMIA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH



VR2762C/TBAN/0919



3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Lahoreine SOTHEMIA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH



3 700288 600042

Dr. Maryam EL IKHLOUFI

Ophthalmologiste



CLINIQUE STENDHAL

Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris
Diplômée en "Surface Oculaire", Université de Brest, France
Diplômée en "Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires",
Université Paris 12, France

د. مريم اليخلوفي
اختصاصية في طب العيون
و جراحة العيون



PT221208115647

08 décembre 2022

Mme EL BAKKALI EP HANABLI Samira



OCUSERUM

1 lavage 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois



THEALOSE COLLYRE

1 goutte x3 / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

✓ 22/11/2022
393,00

PHARMACIE L'OLIVIER
Mme DRIBINA Fatma
Pharmacienne
76, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 05 22 36 10 30

Dr Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste EN OPHTHALMOLOGIE
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

Facture



Facture N° :
25
Date :
2023-01-07
Client :
EL BAKKALI
SAMIRA EP
HANABLI

**SOCIETE EXTRA
OPTIC**
115, Bd Ghandi
Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+1.75	-0.50	174	+2.50
VLVPG	+1.75	-0.50	3	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROGRESSIF NIKON FIRST 1.6 HCC	1	2500.00	2500.00
2	PROGRESSIF NIKON FIRST 1.6 HCC	1	2500.00	2500.00
3	MONTURE optic	1	2000.00	2000.00
TVA		20%	Total TVA	1166.67
Total HT		5833.33	Net à payer	7000.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

Mode de paiement : ESPECE

sept milleDirhams

SOCIETE EXTRA OPTIC – 115, Bd Ghandi – 0522 233348 / 0680797471 – extraoptic@pubwebo.com
IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

EXTRA OPTIC
 MME NADA LEBBAR
 115 BD GHANDI CASABLANCA
 INPE: 095011003