

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-780155

145493

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 8805 | Société : | R.A.M. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | HICHAM |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Télé. : | 06656821 | Total des frais engagés : | 4200 |
| Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Dr SAÏF ALLAH NOUNI Ophtalmologiste Spécialiste 1er Etage Angle Oufala Casablanca - 05 22 20 45 45 | | | |
| Date de consultation : | | | |
| 04/08/2013 | | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| HICHAM | | | |
| Age: | | | |
| 28 | | | |
| Lien de parenté : | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 04/08/2013

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

INPE 082051463
Casablanca - 05 22 20 45 45

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04/01/23 | OY | | 200,00 | INPE: 091242545 Dr. SAIFAoui Nour Chirurgien Dentiste 190, Bd Oum Habib 1er Etage Duffa CASABLANCA T: +212 52 31 47 66 95 66 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| PUR OPTIC Opticien Optométriste KRAM GHOUARI Mariam Hay Hassani Boutique B10 Gasablanca - ICE: 00204393300000 INPE: 095021762 | 10/123 | | | | | 1.000 DH |

VOLET ADHERENT

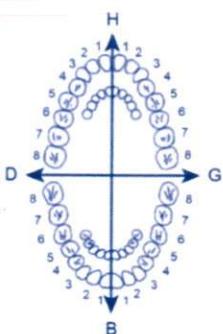
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

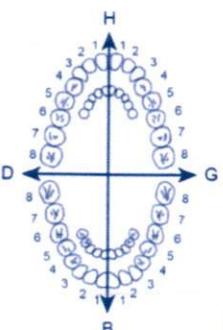
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------|
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------|



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]

FIN D'EXECUTION [REDACTED]

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DATE DU DEVIS [REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

Dr. Nora SAIFAOUI

Ophtalmologiste

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot
Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France
Ancien Médecin de l'Hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (kératocône)
- Maladies de la rétine
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers

د. نورة الصيفاوي

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس
دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريس
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة بالليزر
- تصحيح المصير
- أمراض الدموي وجراحة الجفنون
- أمراض القرنية
- أمراض الشبكية



ORDONNANCE

Casablanca, le 04 janvier 2023

Mr. MRANI Hicham

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = - 0.25 (- 1.00 à 25°)

OG = - 0.25 (- 1.50 à 155°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50



193، شارع أم الرياح (قرب ليديك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à côté de lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com



Facture

Facture N° :
 31
Date :
 2023-01-10
Client :
 MRANI HICHAM

PURE OPTIC

Tel: 0659-187734

| VS | SPH | CYL | AXE | ADD |
|-----|-------|-------|-----|-------|
| VLD | -0.25 | -1.00 | 25 | +2.50 |
| VLG | -0.25 | -1.50 | 155 | +2.50 |

| Nº | Désignation | Qte | PUTTC | MT |
|----|---|-----|---------|---------|
| 1 | CRIZAL PREVENCIA UV ORGANIQUES 1.56 ESSILOR | 1 | 1650.00 | 1650.00 |
| 2 | CRIZAL PREVENCIA UV ORGANIQUES 1.56 ESSILOR | 1 | 1650.00 | 1650.00 |
| 3 | POLICE VPL685.COL.0531.140 NOIR N | 1 | 700.00 | 700.00 |

| | | | |
|----------|---------|-------------|---------|
| TVA | 20% | Total TVA | 666.67 |
| Total HT | 3333.33 | Net à payer | 4000.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme :

quatre mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

PURE OPTIC -- 0659-187734 --
 IF: 26112536 - ICE: 002043033000019 - RC:411909 - TP:36092177- INPE:095021762 - CNSS:1138316

*PUR OPTIC
 Opticien Optométriste
 IKRAM GHOUARI
 Marjane Hay Hassam Boutique B10
 Casablanca - ICE: 002043933000019
 INPE: 095021762*