

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° W21-663182 / 9233

147163

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9233

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABER SOUMIA

Date de naissance :

10/09/62

Adresse : 19 Rue El Yassine Résid Aliziane 20370 Casablanca

Tél. : 06 66 08 98 93

Total des frais engagés : 5879,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ghiziane OUKACH,
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
Maârif Extension 20370 - Casablanca
Tél. 05 22 23 55 59 - Fax 05 77 23 55 49

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2023

SABER . SOUMIA

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Copoint

Nature de la maladie :

Aménorrhée

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 : 03/01/23 Casab

Signature de l'adhérent(e) : S. SOUMIA

Le : 28/01/23

AS-1

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
17/01/23	CS		3000 Dh	INP : 0D1167122
20/01/23				S. Uniziane OUKACH. SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 39, Rue Al Foutah, n° 10, 1er Etage Maârif Extension 20370 Casablanca Tel: 0522 22 23 55 59 - Fax: 0522 22 23 55 19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OLYMPIA OPTION KLAUDE AZIZ Bellal 24, RUE AZIZ BLANCI Maârif 0522 22 23 66 Tél: 0522 22 23 55 59 Fax: 0522 22 23 55 19	20/01/23	5400,00 Dh
	17/01/23	129,00 (DU)

ANALYSES - RADIGRAPHIES

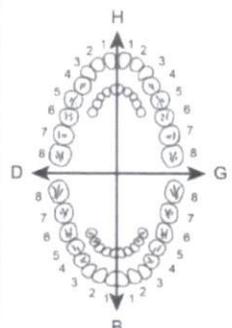
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			00000513

AUXILIAIRES MEDICAUX

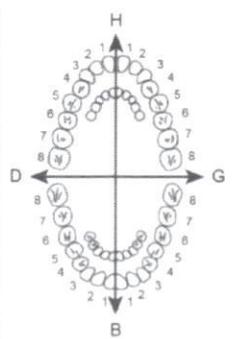
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية للأطباء العيون
- جراحة العدسة. جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le

17/01/2023

M° GAPAZZ Soumia :

Jeux Bi Princip + Mutualis

$$-0,75 = +1,25 (-0,50) 35^{\circ}$$

$$-0,50 = +1,50 (-1,25) 160^{\circ}$$

add + 2,50.

w Antipot
v. aménas

39 رئف القراء - الطابق 10 رقم 10370 Casablanca - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage AN 10 Maarif extension, 20370 Casablanca

dr.oukachaghizlane@gmail.com / INPE 09167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

KOULIA
24, Rue
Maârif
Tel: 05 22 23 55 59
Fax: 05 22 23 55 59
SPECIALISTE OPHTALMOLOGIE
Extension 20370 Casablanca



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحوظة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le

17/01/2023

Me SABER Family

Dans le sujet

17/01/ OPTIQUE 1st + 3rd 4th (3 mn)

Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, N° 10, 1er étage
Maârif Extension 20370 - Casablanca
Tel: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Hôpital Universitaire AL MOUROUD
Casablanca
Maroc
A Côte de
l'Hôtel de l'Assurance
Casablanca

39, نهر الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعابد 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

Casablanca le : 20/01/2023

FACTURE N° 03 / 0123

NOM CLIENT: Mme SABER SOUMIA

MUTUELLE: MUFRAS

ORDONNANCE DU DR: OUKACCHA GHIZLANE du 17/01/23

DESCRIPTIF	MONTANTS TTC
Monture : Optique Jimmy chou 301 DDB	1500,00
Verre D: R&R Progressif Sirius Plus 1.5 Regular AR Neva Max UV	1950,00
N° de nomenclature : 431	
Diamètre : 65/70	
Verre G: R&R Progressif Sirius Plus 1.5 Regular AR Neva Max UV	1950,00
N° de nomenclature : 431	
Diamètre : 65/70	
Produits de Lentilles :	
	Total TTC: 5400,00 DHS
	Dont TVA Incluse: 1080,00 OHS
Arrêtée la présente facture à la somme de TTC DHS Cinq Mille Quatre Cent -	

JF 40 7055 45