

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 001364

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

682

Société :

RAM.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

SEFIANE Khadija ELASKY Hamid

Date de naissance :

20-05-1954

Adresse :

Rue AL ASSER DOUN IND RAM H. Etage 13
HAYESSALAM. (HAY HASSANI) CASABLANCA

Tél.

0522034901

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

11/05/2023

Nom et prénom du malade :

SEFIANE KHADIJA

Age: 71 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Chronic

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

11/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/05/2023	294,00

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
EXTRA OPTIC Mme NADA LEBBAR 115 BD GHANDI CASABLANCA. INPE: 095011003	12/05	2v		PROC	
	2023		+ Morture		

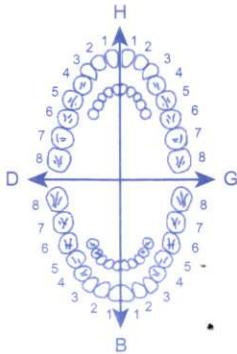
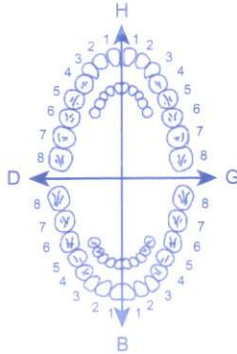
11

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>															

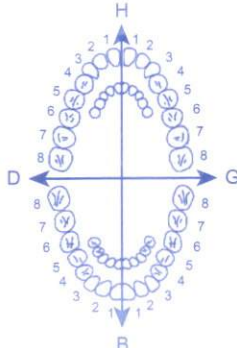
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



H

25533412

00000000

D

21433552

00000000

G

00000000

35533411

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nora SAIFAOU

Ophthalmologiste

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 الصيفاري

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

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

- جراحة الجلالة بالليزر
- تصحيح البصر
- أمراض الدموع وجراحة الجفون
- أمراض القرنية
- أمراض الشبكية
- الليزر



ORDONNANCE

11 mai 2023

Casablanca, le

Mme SEFIANE Khadija



THEALOSE COLLYRE

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

296.00 x 2
PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUINI BOUNA
6-7 Rue Ala Ass
CIL - Casablanca
Tél: 05 22 35 24 55 / 05 22 35 24 56

3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 14700 DH

3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 14700 DH

Dr. SAIFAOU Nora
Ophthalmologiste
193, Bd Oum Rabiaa 1er Etage Oulfa
CASABLANCA
Tél : 05 22 35 24 55 / 05 22 35 24 56

193, شارع أم الربيع (قرب ليذك) 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

Dr. Nora SAIFAOU

Ophthalmologiste

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



ORDONNANCE

11 mai 2023

Casablanca, le

Mme SEFIANE Khadija

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

VL : OD = + 1.50 (- 0.75 à 70°)

OG = + 1.50 (- 0.75 à 90°)

VP : ODG = Add : + 2.75

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

Dr. SAIFAOU Nora
Ophthalmologiste
193, Bd Oum Rabiaa 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com

193, شارع أم الربيع (قرب ليذك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté 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° :
400
Date :
2023-05-12
Client :
SEFIANE
KHADIJA

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

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+1.50	-0.75	70	+2.75
VLVPG	+1.50	-0.75	90	+2.75

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROGRESSIF NIKON FIRST HCC 1.6	1	2000.00	2000.00
2	PROGRESSIF NIKON FIRST HCC 1.6	1	2000.00	2000.00
3	monture OPTIQUE	1	1500.00	1500.00

TVA	20%	Total TVA	916.67
Total HT	4583.33	Net à payer	5500.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

cinq mille cinq cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

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