

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7014 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALIMI NOUREDDINE

Date de naissance : 06-04-1963

Adresse : Bouskoura Golf City Villa 256
CASABLANCA

Tél. : 0663717000 Total des frais engagés : 5645+250 Dhs

5895

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/2023

Nom et prénom du malade : HALIMI NOUREDDINE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vise de refraction

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

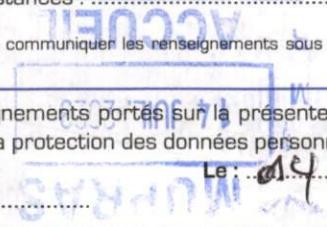
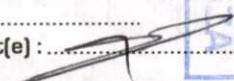
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CA

Le : 04/07/2023

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
juin 2023	CSOP		250,00	LJF - Valide au 20/06/2023 Opé 100% 21082 en date 2023, j'atteste que l'acte a été effectué par le Dr Chokri Casablanca le 25/06/2023 à 17:15:12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 pharmacie laplaza MOULNAKLA PHARMA 05 25 59 09 87 / 06 66 74 74 82	22/06/2023	145,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIC VILLE VERTE OVV Centre Commercial Plaza Bouskoura - Ville Verte Tél. 0622 73 14 37 - 05 20 00	21/03/2023					<i>Monture + Verrre Progr. Etat d'Art Reflex Ruth Lame Béve 5502 DP</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

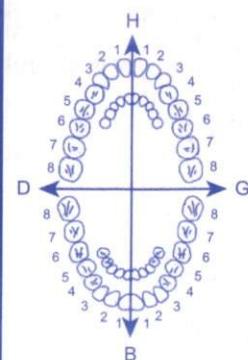
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

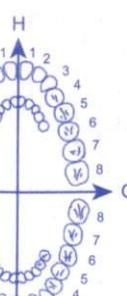
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <p>H 25533412 21433552 00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>B</p>  <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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

Dr WAFI MIRIAM

Ophthalmologiste



Specialité Medico-Chirurgicale
(Université Hassan II-Casablanca)

Diplôme de Chirurgie Refractive
et Phacoémulsification (Toulouse)

Diplôme de Strabologie / Oculomotricité (Nantes)

Diplôme de Contactologie / lentilles de Contact (Bordeaux)

Capacité de Médecine Aérospatiale (Paris V)

Diplôme d'OCT / Ophtalmologie (Bordeaux)

Agrément Permis de Conduire

الدكتورة واфи مريم

أخصائية أمراض وجراحة العين

دكتورة الطب والتخصص

(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

دبلوم تصحيح النظر بالليزر

وجراحة الجلالة (تولوز)

دبلوم علاج وجراحة الجول (نانس)

دبلوم تصحيح النظر بالعدسات الاصنفه (بوردو)

دبلوم طب الطيران (باريس V)

فحص الشبكية بالموجات الضوئية OCT (بوردو)

الفحص الطبي / رخصة السياقة

ORDONNANCE

Halimi Nour eddine

22 JUIN 2023

Casablanca, Le :

LUNETTES/ PROGRESSIFS Ou 2 PAIRES VL/VP

VISION DE LOIN :

OD : +3 (- 4,25 à 105°)

OG : +3 (- 1,25 à 70°)

VISION DE PRES :

ODG : +2,50 en addition.

Traitement anti- bleu + Verres organiques *Auriculaires*
Et Monture solaire avec correction intégrée ou Verres type
« transitions »

Aqualarm OU eyestil coll :

2 fois / jour pdt 6 mois / à renouveler

~~OPTIC VILLE VERTE
Centre Commercial Plaza
Boulevard Ville Verte
Tél: 0622 531437 - 0520 00 52 71~~

~~NOUVELLE FORMULE
AQUALARM
OU EYESTIL
COLL~~

*Dr Wafi Miriam
Opticien
Bd el Qods, 3^{ème} Etage,
Chock Casablanca
Tél: 05 22 50 65 65 - 06 63 47 18 71*

Imm 858, Lot 158. Bd el Qods, 3^{ème} étage (En face Agence Maroc Telecom), Mandarona - Casablanca

عمراء 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام وكالة إتصالات المغرب)، منظرونا البيضاء

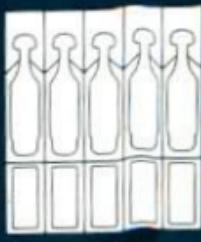
Tel: 05 22 50 65 65 - Gsm : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com

BAUSCH + LOMB

Aqualarm® Intensive UD

0,2% d'acide hyaluronique
(sous forme de hyaluronate de sodium)

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH



30 x 0,5 ml de solution ophtalmique
en unidoses

Sans conservateur

Unidoses

- Lubrifie les yeux et les lentilles de contact
- Hydratation rapide et naturelle soulageant les yeux secs, fatigués et irrités
- Améliore la tolérance et le confort des porteurs de lentilles de contact



OPTIC VILLE VERTE

LE 07/07/2023
Client
HALIMI Nour eddine

FACTURE n : 151/2023

Désignation	Qte	PU TTC	Total TTC
Monture Optique	1	1000	1000
Verres Progressif organiques Anti-reflets	2	2250	4500
Filtre Anti-lumière bleue			

Arrêtée la Présente facture à la somme de
cinq mille cinq cent dirhams TTC

TOTAL TTC 5500

OPTIC VILLE VERTE
Centre Commercial Plaza
Bouskoura - Ville Verte
Tel.: 0622 73 14 37 - 0520 00 52 71

📞 06 22 73 14 37 / 05 20 00 52 71

📍 opticvilleverte

📍 lot les jardins de Massignon centre commercial La Plaza de Bouskoura- ville verte-
RC : 511015 - ICE :002817165000065 - IF : 50298205 - PATENTE : 32485405
EMAIL: tazisakina84@gmail.com /Opticvilleverte@gmail.com