

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

- 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4805**

Société : **R.A.M 173M8**

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MOUFID**

EL MOSTAFA

Date de naissance : **01/01/1953**

Adresse : **HABITATION**

Tél. : **06.61.61.79.24**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. SMITI Abdelhamid
OPHTALMOLOGISTE
11 Rue Chali Ahammed Casablanca
Tel: 05 22 20 34 16 / 05 22 20 36 87**

Date de consultation : **18/08/2023**

Nom et prénom du malade : **RIFAI NASAT** Age : **56 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Problèmes Visuels

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 : **RAS AL KHODA ACCUEIL** Le : **29 AOUT 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **RIFAI NASAT**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/08/13 | C8 | | 300DH | Dr. SMILI Abdellah OPHTHALMOCLINIC 11 Rue Ali Al Attar Casablanca Tel: 05 22 20 34 16 / 05 22 20 56 81 |

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 Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| M-A-D OPTIC Opticien Optométriste 63, Rue Houibaté - Casablanca INPE : 00032633 RC : 508275 | 29-08 2013 | | | | | 340DH |

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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | MONTANTS DES SOINS |
|---------------------------|---|--------------------|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | DATE DU DEVIS |
|---------------------------|---|---------------|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | DATE DE L'EXECUTION |
|---------------------------|---|---------------------|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

un autre regard
sur vos yeux



OPTICIEN
LUNETTIER
CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° 002698

Mme / Mr : R. FAI VATIAT Casablanca, le : 29-08-2023
Dr :

VL

VP - Add

OD : (85,075) 2.25

OD : 3.00

OG : (17,075) 2.25

OG : 3.00

Prix Monture

800,00 DH

Prix Verres

2600,00 DH

Total à payer : 3400,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cachet et signature

Akram Daali
Inpe : 065032633

Cachet et signature

63 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél. 05 22 29 55 36
Capital : 10,000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123
ICE : 0002642590000069

Docteur SMILI Abdelhamid

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine
de Montpellier

Maladies et Chirurgie des yeux
Angiographie-Laser - Lentilles de contact

Autres Explorations

11, Rue Ghali Ahmed
CASABLANCA (2ème étage)
(ex rue berthelot Bd Mohamed V)
(près du Siège Crédit du Maroc)

Tél: 05.22.20.34.16 - 05.22.20.36.87



الدكتور سميلى عبد الحميد

خريج كلية الطب بمونبلي
أمراض وجراحة العيون

11. زنقة غالى احمد (بيرطولو سابقا)

الطباطق الثاني - شارع محمد الخامس

(قرب مصرف المغرب)

الهاتف: 05 22.20.34.16 - 05 22.20.36.87

الدار البيضاء

Casablanca, le 28/08/2023.

Mr RI Fai NAJAT

Lentilles V. Progressifs. organiques.
Anti-reflets. Antimcis.

$$\text{VL OD} = (85^{\circ}, -0,75) + 2,25^{\circ}$$

$$OD = (175^{\circ}, -0,75) + 2,25^{\circ}$$

Up Addition + 3,00 ODG.

M-A-D OPTIC
Optician Optometriste
63, Rue Aguiibate - Casablanca
INPE : 065032633
RC : 508275

Dr. SMILI Abdelhamid
OPTOMETRISTE
11, Rue Ghali Ahmed - Casablanca
Tel: 05 22.20.34.16 / 05 22.20.36.87