

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

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

183903

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1001

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOLUKHFI

Abdellatif

Date de naissance :

1-1-1948

Adresse :

X-11 lot NICOLA
PLAGE AIN SERBAA - CASABLANCA

Tél. :

0659366493 Total des frais engagés :

2250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/09/2023

Nom et prénom du malade :

MOLUKHFI

ABdellatif

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hyper tension artérielle

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET 5

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
07.09.23	CS		250,00 dh	INP : DB1264NDR  DR MOUTASSER NDR Opticien-Orthoptiste 75, Bd Chechouani 2 ^e Etage N° 01 Ah Sababah Casablanca Tél : 0524 42 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
REC ART Optique HABZI M. RIYA Opticien Optométriste 20. Bd Mimou Casablanca	14.11.2023					1000,00	

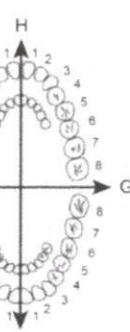
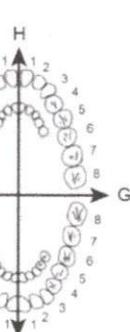
VOLET ADHERENT

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX						
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS						
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION						
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX						
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D	B	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553									
D	B									
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS						
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mounia MONTASSER

Spécialiste en ophtalmologie

Diplômée de la faculté
de médecine de Marrakech
et Paris-Sorbonne



الدكتورة منية منتصر

أخصائية في طب و جراحة العيون

**خريجة كلية الطب
مراكش و باريس**

Ordonnance

Casablanca le : **07 septembre 2023**

Mr MOUKHFI Abdellatif

Monture + verres correcteurs progressifs photochromique
Antireflets

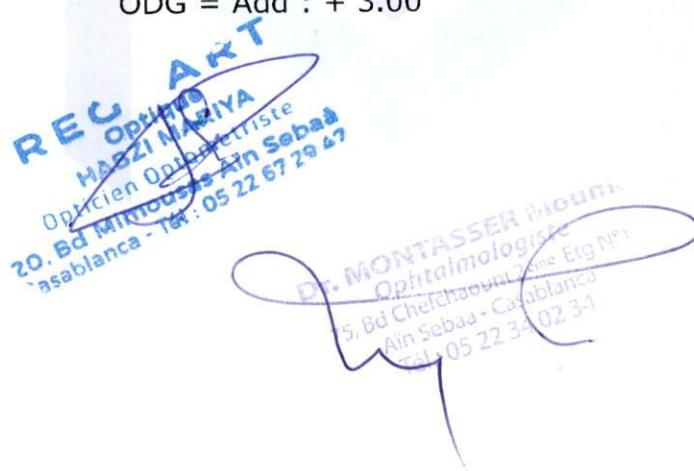
Vision de loin :

$$\text{OD} = +1.00 \text{ (-0.75 à } 100^\circ\text{)}$$

$$\text{OG} = +1.00 \text{ (-0.75 à } 85^\circ\text{)}$$

Vision de près :

$$\text{ODG} = \text{Add} : +3.00$$



75, Bd Chefchaouni, Bureau Chefchaouni, 2^{ème} étage, N°1 - Ain Sebaa - Casablanca

شارع الشفشاوني، مكتب الشفشاوني، الطابق 2، الرقام 1 - عين السبع - الدار البيضاء

📞 +212 5 22 34 02 34 📲 +212 6 66 89 34 38 / INPE: 091264002 📩 dr.mouniamontasser@gmail.com

REG'ART optique

HABZI Mariya

Opticienne optométriste

20 Bd Mimosas - Ain Sebâa – 20950 Casablanca
TEL. 05 22 67 29 47 / 06 33 60 87 43



095013462

FACTURE

Client MOUKHFI ABDELLATIF

N° réf. Client 002313

Date 14/11/2023

Vendeur Mariya HABZI

Ordonnance du Dr MOUNIA MONTASSER

Œil droit				Œil gauche			
Sphère	cylindre	axe	add	Sphère	cylindre	axe	add
+1.00	-0.75	100	+3.00	+1.00	-0.75	85	+3.00

Type	Libellé	Prix TTC
Monture VL	MONTURE HOMME	400.00 DHS
Verre OD-VL	PROGRESSIVE ORGANIQUE AMINCIS	800.00 DHS
Verre OG-VL	PROGRESSIVE ORGANIQUE AMINCIS	800.00 DHS

TOTAL 2000.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

REG'ART Optique
HABZI MARIYA
Opticien Optométriste
20 Bd Mimosas Ain Sebâa
Casablanca - TEL : 05 22 67 29 47

REG'ART optique

20 Bd Mimosas - Ain Sebâa – 20950 Casablanca

TEL. 05 22 67 29 47 / 06 33 60 87 43

I.T.P : 30555862 / I.F : 20728571 / RC : 429170 / ICE : 001872644000056 / INPE : 095013462