

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-779197

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 8610		Société : RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : AFIF ABDEL KHALEK	
Nom & Prénom : AFIF ABDEL KHALEK			
Date de naissance : 02/11/1970			
Adresse : 702 NASSIM ISLAME LISSASFA			
Tél. : 0609993197		Total des frais engagés : 2000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. FILALI ASMAA Ophtalmologiste A. Aboubakr Al Kadiri Rés. Naim (Al Amirat, Immeuble 2 ^e étage 2 ^e Marouf - Casa Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18			
Date de consultation : 19/11/2023			
Nom et prénom du malade : JFIF GHITA Age: 26			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection en cause			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 FEV 2023			
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 : CASA Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 19/11/2023

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
13/12/23	S	300,00	991065912	Dr. FILALI ASMAA Ophtalmologiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

**A. Aboubakr Al Kadri Rés. Naim (Al Amira
Dunes) N° 6 2^e Etage Sidi Maarouf - Casablanca
Tel: 07 71 30 36 21 / 05 22 97 66 31
Montant de la Facture**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	A. Aboubakr Al Kadir Rés. Naim (Al Amira N° 6, 2 ^e Etage Sidi Maarouf - Casablanca Tel : 05 21 30 26 21 - 05 22 97 66 33 Montant de la Facture
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

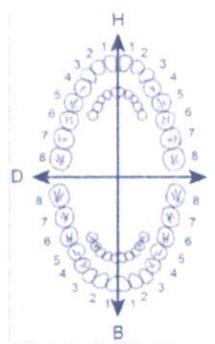
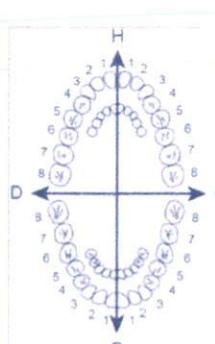
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ELU OPTIC SARLAU Opticien Optométriste CC Californie Galerie Marchande Mag. N°B1 - Casablanca ICE:001927866000049	04-01-24		Mature + 2 Verres			1400,00

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	INP : []												
				Coefficient des travaux []												
				Montants des soins []												
				Début d'exécution []												
				Fin d'exécution []												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux []												
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Montants des soins []
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis []												
				Date de l'exécution []												

Docteur Asma FILALI
SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier (France)
Maladies et Chirurgie des Yeux



الدكتورة أسماء الفيلالي
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب مونبولي فرنسا

ORDONNANCE

ARR ARR

Casablanca, le 12/12/23...

PREScription DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O.D : (15 - 2) +0,80

O.G : (8 - 2) +0,80

VISION DE PRES

O.D :

O.G :

MONTURES < VERSUS > Neufus + FB

LELU OPTIC SARL AU
Opticien Optométriste
cc Californie Galerie Marchande
Mag. N°B1 - Casablanca
ICE:001927866000049

Dr. FILALI
Ophtalmologiste

A. Aboubakr Al Kadiri Rés. Naïm (Al Amira)
Imm N°6, 2^{me} Etage Sidi Maarouf - Cas.
Tél : 07 71 30 36 21 / 05 22 07 62

Facture



Facture N° :

3

Date :

04 / 01 / 2024

Client :

AFIF GHITA

LELU OPTIC

Tel:

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+0.50	-2.00	15	
VLG	+0.50	-2.00	5	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	CRIZAL PREVENCIA UV ORGANIQUES 1.56 ESSILOR	1	650.00	650.00
2	CRIZAL PREVENCIA UV ORGANIQUES 1.56 ESSILOR	1	650.00	650.00
3	MONTURE	1	400.00	400.00

TVA	20%	Total TVA	283.33
Total HT	1416.67	Net à payer	1700.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

mille sept cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

LELU OPTIC ---

IF: 24994075 - ICE: 001927866000049 - RC:392879 - TP:34092526- INPE:095021770 - CNSS:5790606

LELU OPTIC SARL AU
 Opticien Optométriste
 CC California Galerie Marchande
 Mag N°81 - Casablanca
 ICE:00192786600049