

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.

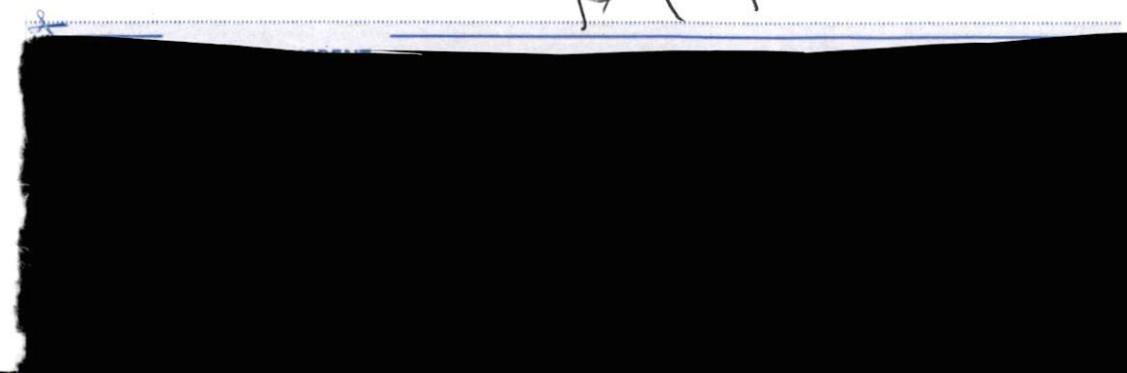
N° W19-455032

ND: 31028

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 3400 | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : HSIYEH ANDALOUSSI BRAHIM KHASHI | | | |
| Date de naissance : 14.10.1960 | | | |
| Adresse : 7 N° 18 ALMERA LI RIAD EL ANDALOUSSI | | | |
| Tél. : | 6661181754 | Total des frais engagés : 5766 Dhs | |

| | | | |
|---|------------------------|---------------|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| DR RAKKAA Amal Ophtalmologiste 405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca Tél: 05 22 52 00 17-06 73 98 15 03 | | | |
| MUPRAS RECEPTION 8 | | | |
| Cachet du médecin : | Date de consultation : | Age: | |
| | 12/02/2022 | Hsiyeh Khalef | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Affection oculaire | | | |
| 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 : 18/02/2022
Signature de l'adhérent(e) : 18/02/2022



| 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 |
| 11/02/2020 | CS | | 250 | INP : 69110151453 Dr. RAKKAA Amal Ophthalmodontiste Al Qads N° 7 Casablanca Tél: 06 73 98 15 03 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE JUANE CALIFORNIE DI-FALAH 105 Bd. Al Qads 2252 Tél: 06 73 98 15 03 | 14/02/2020 | 110,00 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 |
| | | A M | P C | |
| DR. RAKKAA AMAL | 14/02/2020 | | | 55000 Dhs |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | 11433553 | B | | 35533411 | |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |



- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج

فوق الصوتية

تحطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الجول

تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le

11.09.2020

Hjijej kholil

Lunette pour M:

$$\text{OD} = +1 (-0,75 \text{ à } 95^\circ)$$

$$\text{OS} = +1 (-0,25 \text{ à } 70^\circ)$$

add:

$$\text{ADD} = +2,25$$

Vernes Dr. Amal RAKKAA

Dr. RAKKAA Amal
Ophthalmologiste
405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca
Tél: 06 73 98 15 03

~~KADER OPTIQUE~~
OPTIQUE DE CONTACT
LENTILLE DE CONTACT
54 AV. Abdellah Benkouach
Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 52 66 77

Dr. RAKKAA Amal
Ophthalmologiste
405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

شارع القدس - قرية السكن الأبيق - إقامة الصفا - عمارة 405 الطابق الأول رقم 7 - الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Lot. Assakane Alanik. «Résidence ASSAFA» Immeuble 405, 1er étage N° 7 - Casablanca

الهاتف : 06 73 98 15 03 / 05 22 52 66 77

Le 11-2-2020

Hijiy

Khosil

520,0

1) Florsision 91% 

FLORAVISION
PPC: 110.00
UtAV | Lot
05/22 | 19613

FLORAVISION
PPC: 110.00
UtAV | Lot
05/22 | 19613

2) 
100% ALCOOL
17-12-C624

Dr. RAKKAA Arsal
Ophtalmologiste
405 Bd. Al Oued N° 7 Casablanca
Tél: 05 22 51 06 73 98 15 03

(03min)

1st x 41J

KADER OPTIQUE

ICE: 001823017000027

404, Av. Abdellah Senhaji
Idrissia 1 - Casablanca
Tél. : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36
Patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C. : : 20 47 88

FACTURE

N° 0009823

Casablanca, le 14/02/2020

M Hjigej Khalil

O.D. = +1 (0,75 à 95) ADD. = +2,25
O.G. = +1 (-0,25 à 70°) ADD. = +2,25

Ordonnance du docteur Amal Rakha

| | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| NRS de nomenclature correspondants à la prescription | Loin { O.D. = O.G. = | Prés { O.D. = O.G. = | D.F. { O.D. = O.G. = |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

FOURNITURE :

| | | | |
|------------|-------------|--------------|----------|
| Montures : | Optique | 1500 Dhs | 1500 Dhs |
| Verres : | Progressifs | 2000 Dhs x 2 | 4000 Dhs |
| | | | 5500 Dhs |

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq mille cinq cent Dhs.

KADER OPTIQUE
LENTILLE DE CORRIGÉ
TOUJOURS
05 22 28 70 73
Av. Abdellah Senhaji
Casablanca
Maroc