

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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.

L9044

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 012663

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HADDAD Monsef

Date de naissance :

24/10/81 1986

Adresse :

Résid. Imane California, Im. Yassiria 1,
Appt 12, Sosablanca

Tél. :

06.66.15.05.15

Total des frais engagés : #3350,00dhst#

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08 SEP 2020

Nom et prénom du malade :

Haddad Monsef

Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Vice de réfraction

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 prendre connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

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
SEP 2020	Csoph		250,00.DH	INP : 
				 Dr. Nabil Miraf Généraliste Boulevard de la Marocaine

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

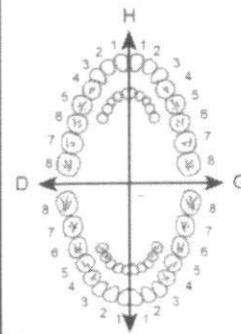
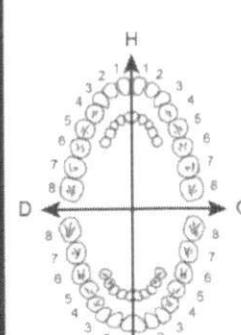
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <i>Visum Optique</i> 21/01/2004 M. Knock - Casablanca Tel : 05 22 52 10 04	21/01/2004					3.100 Dt

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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr WAFI MIRIAM

Ophthalmologue



الدكتورة وافي مريم

أخصائية أمراض وجراحة العين

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) دبلوم تصحيح النظر باللenses (بوردو)

Capacité de Médecine Aérospatiale (Paris V)

Diplôme d'OCT/Ophthalmologie (Bordeaux)

Agrément Permis de Conduire

دكتوراة الطب والتخصص

(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

دبلوم تصحيح النظر بالليزر

و جراحة الملاحة (تولوز)

دبلوم علاج وجراحة الحول (نانس)

دبلوم تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة (بوردو)

دبلوم طب الطيران (باريس V)

فحص الشبكية بالمواضيع OCT (بوردو)

الفحص الطبي / رخصة القيادة

ORDONNANCE

08 SEPT 2020

Haddad Houssef



LUNETTES POUR VISION DE LOIN :

OD : - 1175 (- 1 à 85°)

OG : - 0125 (- 1 à 165°)

Verres organiques

Traitement anti-~~bleu~~

2 ème Monture solaire avec correction optique

Imm 858, Lot 158, Bd el Qods, 3ème étage (face pâtisserie Grain de blé), Mandarona - Casablanca

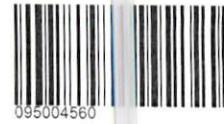
عمارة 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام مخبزة كران دوبلي) ، منظرونا، البيضاء

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

Cabinet d'ophtalmologie Dr wafi miriam



Visuel Opticiens



Casablanca Le 21/11/2020

FACTURE N°866

Nom:HADDAD

Prénom: MONSEF

Quantité	Désignation	Prix U	Prix Total
1	Monture	900.00	900.0
2	Verres organiques antireflets	1100.00	2200.00

Prix HT	2583.34
TVA	516.67
Prix total	3100.00

Cette facture est arrêtée à la somme trois mille cent dirhams.

VISUEL OPTICIENS
Optométriste
Boulevard el Qods N° 784 - MANDARONA - AIN CHOCK - CASABLANCA
Tel. : 05.22.52.10.04