

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

00819

Société

RAM

RETRAITE

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MAKOUT Bouchaïb

Date de naissance :

01-07-1944

Adresse :

Lot chems Rue 5 N° 7
El Khair 1er Etage Høy Hassani
Casablanca - Tel: 05 22 90 15 24

Tél. :

06 67 04 89 07

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

HARRATI NAFISSA

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

No. 10 die Scindine

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 : 27/02/2020

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 Praticien des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/02/20 | C | | 200,- D.L. | INP : <input type="text"/> Dr. ZAFAR Spécialiste Orthodontie Groupe Sidi AL KHALI El Khalil 1er Etage Tel : 05 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Médecin | Date | Montant de la Facture |
|--------------------------------|------------|-----------------------|
| Dr. ARIADNA SOFIA | 15/02/2020 | 135,- |
| Optique GHTA | 15/02/2020 | 1950,- |
| | 2020 | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|------------------------|--------|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 15/02/2020 | 2 | 1 | Progressifs antérieurs | 1950,- | |
| | 2020 | | | + Monture | | |

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"/> |
|--|---|---------------------------------------|-------------|---|
| | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H 25533412 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | D 00000000 | G 00000000 | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | B 35533411 | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

Dr Mona ZAKI

**Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd
Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie
de Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



Chirurgie des Yeux

**DIU d'imagerie et de pathologies rétinienennes
de La faculté Paris Diderot**

**DIU d'OCT de La faculté de Bordeaux
Laser - Angiographie**

DIU de Chirurgie Retractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكلبار والأطفال

طبيبة داخلية مُستشفى ابن رشد سابقاً

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : **15 février 2020** : الدار البيضاء، في :

Mme HARRATI Nafissa

١٣٥ . ٢٠

1/ EOLE DUAL

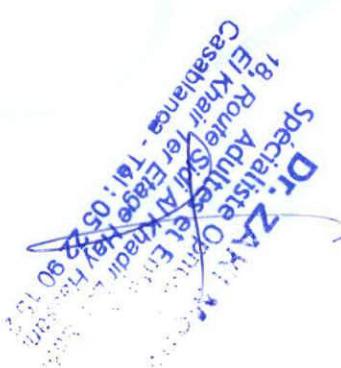
3 fois par jour, les deux yeux, 2 Mois



PPC: 135,00

E0119

07 / 2022



18، تجزئة سعد الخير شارع 24 H.H الحسيني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 15 24

18, Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 15 24

E-mail : drzaki@ophtalmologuecasa.com

Dr Mona ZAKI
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd
Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie
de Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتورة منى زكي
أخصائية في طب وجراحة العيون
للكبار والأطفال
طبية داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا
خريجة كلية الطب
والصيدلة الدار البيضاء
عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

Chirurgie des Yeux
DIU d'imagerie et de pathologies rétiennes
de La faculté Paris Diderot
DIU d'OCT de La faculté de Bordeaux
Laser - Angiographie
DIU de Chirurgie Retractive
Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

جراحة العيون
دبلوم في أمراض الشبكية
بجامعة باريس ديدرو
دبلوم OCT بجامعة فيرساي
دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو
تصوير الشبكية - الليزر
دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر
كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : **15 février 2020** في : الدار البيضاء

Mme HARRATI Nafissa

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL :

$$OD = + 1.75 (- 0.50 \text{ à } 60^\circ)$$

$$OG = + 2.75 (- 0.75 \text{ à } 80^\circ)$$

VP :

$$ODG = Add : + 3.00$$



OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Ben Tachfine Hakam 1
N°454 - EL Hay Mohammedi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428

INP 09/02/23/7



نظارات غيتا

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

رقم 454 - الحسي المحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتننا: 32825428

No 0030-

Ordonnance de M.le Docteur: Mona Zaki

N° DE nomenclature

Correspondant à la prescription

| | | | |
|------|--|------|--|
| LOIN | O.D: +1,75 (-0,50 à 60) O.G: +2,75 (-0,75 à 80) | PRES | O.D: O.G: +0,75 ; +3,00 |
|------|--|------|--|

FOURNITURE

Monture : 550,00 D

Verres : 1400,00 D

Etuis :

Total : 1950,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 15/09/2023

M. ou Mme: Hassan Nafissa

ICE: 001789511000067 - IF: 40151582 - RC: 37 20 42 CNSS: 173923031