

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 5 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.

N° W19-572579

57126

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 02739

Matricule : 02739 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 26

Nom & Prénom : EL OURAOU

Date de naissance : 15/01/1952

Adresse : 7 Allée des Veflier Firbaous
7 Allée des Veflier Firbaous

Tél. : 061098622 Total des frais engagés : 2750,00 DH

Cadre réservé au Médecin **Docteur Dahir EL BARDAI**

OPHTALMOLOGISTE

219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai

Maarif CASABLANCA

Tél: 05.22.94.95.39 / 06.61.17.72.01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : EL OURAOU Age : 26

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

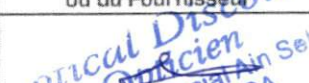
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 27/01/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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 NOV. 2020	OS		-250.DH	091048249 Docteur Daifir EL BARDAI OPHTALMOLOGISTE 219, Bd. Serkrouni - Res. El Bardai

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/11/2020	2500

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

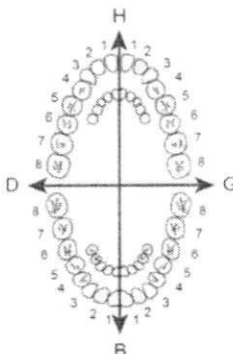
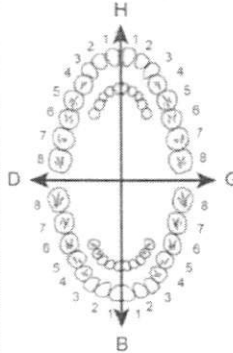
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 										
				Coefficient DES TRAVAUX 										
				MONTANTS DES SOINS 										
				DEBUT D'EXECUTION 										
				FIN D'EXECUTION 										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; height: 1px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000			00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 										
				DATE DU DEVIS 										
			DATE DE L'EXECUTION 											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur EL BARDAI Dafir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabismes, Micro-Chirurgie, Lentilles
Angiographie, Laser

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse. FRANCE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Hassan II des Spécialités. Laâyoune

الدكتور البردعي ظافر

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات
تخطيط الأوعية، لآزر

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات تولوز. فرنسا
طبيب رئيسي سابقا لقسم أمراض وجراحة العيون
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

Casablanca, le

13 NOV. 2020

الدار البيضاء، في

M. Basma EL OURAOU

Corréction optique

Cher

Voici

ordonnance pour FA et
1 sur schémas

OD =

$(-165^{\circ} - 2,00) + 0,25$

OG =

$(-175^{\circ} - 2,50) + 1,25$

Docteur Dafir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219, Bd. Zerketouni - P.S. El BORDAI
Maârif - CASABLANCA
Tél: 05 22 94 95 39 / 06 61 17 72 01

219, شارع الزرقطوني - إقامة البردعي - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 95 39 - المستعجلات : 06 61 17 72 01

219, Bd. ZERKTOUNI - Résidence EL BARDAI - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 94 95 39 - Urgences : 06 61 17 72 01

I.C.E.: 001862826000041 - I.N.P.: 091048249

OPTICAL GALERIE AIN SEBAA

FACTURE N°201100011

CASABLANCA LE : 19/11/2020

MLLE BASMA EL OURAOUI

Quantité	Désignation	Prix unitaire TTC	Prix Total TTC
1	MONTURE OPTIQUE	1500.00	1500.00
2	VERRES ORGANIQUES AMINCIS ANTIREFLES	500.00	1000.00
		TOTAL TTC	2500.00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS TTC.



095005831

Optical Discount
Opticien
Centre Commercial Ain Sebaâ
CASABLANCA
Tél : 05.22.34.34.74

Siège Social : Marjane Ain Sebaa Magasin N°4 - Casablanca MAROC

R.C : 179937 – Taxe Professionnelle: 37963354 – I.F : 40166604

C.N.S.S : 8045777 – ICE : 000052009000026

Tel/Fax: 212 522 343 474 - GSM: 0662 523 946 e-mail: opticalainsebaa@gmail.com