

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

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.

Nº P19- 057945

Optique *57802*  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *11191* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *CHEHAH HOUSSINE*

Date de naissance :

Adresse : *Residence nova californie 1mm6 APPT*

*03 CASABLANCA*

Tél. : *067199908* Total des frais engagés : *3.450 DH* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *26/08/21*

Nom et prénom du malade : *CHEHAH HOUSSINE* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *ASpecte 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 : *CASA* Le : *01/08/2021*

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
26.12.18				Dr. KHALIL Oncologue 341, Bd. La Grande Ceinture 1er Etage Tél : 05.22.35.35.12 - CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE EL FATH Bd. Moulay Ismaïl Bloc (J) N83 - CASABLANCA Tel: 06 61 977 982	28/11/2018					30000.00

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
				Coefficient des Travaux											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Khalid LAFDILI ALAOUI

**Ophthalmologiste**

- Chirurgie de cataracte par phako
- Strabologie - Glaucome - Voies lacrymales
- Angio et laser - Chirurgie réfractive

Ex medecin chef du sc  
d'ophtalmologie à l'hopital Md V casa



الدكتور خالد الفضيلي العلوي

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلاة

الحول - مسالك الدموع - داء الزرق

تصوير أوعية الشبكة والأيثر - جراحة تصحيح النظر

رئيس مصلحة طب العيون سابقا

بمستشفى محمد الخامس البيضاء

Casablanca, le : 26-01-21 الدار البيضاء في :

CHEHAH HOUSSENE

Merci + Vos profils + H.C.U.V

$D = +0.15$   $SL +2.00$   
 $DG = +0.15$

OPTIQUE EL FATH  
Bd. Mouahidine Bloc(J)  
N83 - CASABLANCA  
Tel: 06 61 977 982

Dr. Khalid LAFDILI ALAOUI  
341, Bd Grande Ceinture 1er Etage  
Tél: 05 22 35 35 12 - CASABLANCA  
Agrément Visite Permis  
de Conduire N°2648 22/15

341, Bd La grande ceinture, 1<sup>re</sup> étage  
(au dessus de wafa assurance)  
Lot. Mouahidine hay mohammadi  
Casablanca - Tél. : 05 22 35 35 12

341, شارع الحزام الكبير الطابق الأول إقامة المرحدين الحي المحمدى  
(فوق تأمين الوفاء) - البيضاء - الهاتف : 05 22 35 35 12

# OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudibokeita, Bloc «j» N° 83  
Casa - Gsm : 0661 97 79 82  
Patente : 36616616



# نطارات الفتاح

شارع موديبوكتا بلوك «ج» رقم 83  
الدارالبيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82  
الباتننا : 36616616  
IF : 40178251  
RC : 377480  
ICE : 0008056000089

## FACTURE № 000198

M : CHE HAH HOUSSINE Casablanca, le : 28/01/2021

N° de Nomenclature : 431 - 631.

Docteur : Khalid LAFDILI MADANI

Monture : optique 800,00

Verres : Progressif Bleu

VL : anti-reflet

OD : +0,00 120,00

OG : +0,00 120,00

VP : 320,00

OD : ADD + L

OG : ADD + L

OPTIQUE EL FATH  
Bd. Moudibokeita Bloc (J)  
N83 - CASABLANCA  
Tel: 06 61 97 79 82

Total :

3200,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

trois mille deux cent

OPTIQUE EL FATH  
Bd. Moudibokeita Bloc (J)  
N83 - CASABLANCA  
Tel: 06 61 97 79 82