

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.

Education :

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.

aire :

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

clamation	: contact@mupras.com
le en charge	: pec@mupras.com
ésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

Il garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule : <i>11082</i>	Société : <i>RAM</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <i>DAHMANI MOHAMED</i>	
Date de naissance : <i>29/10/71</i>	
Adresse : <i>195 B.D La gironde APPT B8 CASA BLANCA</i>	
Tél. : <i>0687855048</i>	Total des frais engagés : <i>3850 DH</i>

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation : <i>27/11/2011</i>		
Nom et prénom du malade : <i>DAHMANI MOHAMED</i>		
Age : <i>40</i>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <i>Asséchement oculaire</i>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>Maladie</i>		
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 : *01/10/2011*

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
20/11/18			25000	Dr. Khalid LAFDIL Oph. & Col.iste 341, La Grande Ceinture 16, Bage 05.22.35.35.12 - CASABLANCA
			341	
			781	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

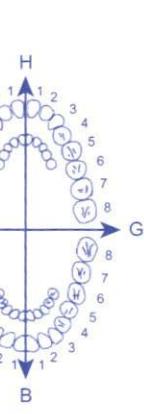
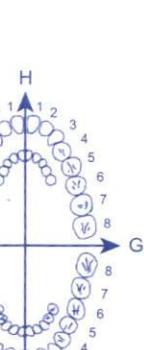
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE EL FAITH Bd Moudiboukita Bloc(J) N83 -CASABLANCA Tel: 06 61 977 982	28/11/2011					2820,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \quad 25533412 \quad 21433552 \\ D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \hline B \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

OPTIQUE EL FATH

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



نظارات الفتح

شارع موديبوكيتا بلوك «ج» رقم 83
 الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82
 الباتن : 36616616
 IF : 40178251
 RC : 377480
 ICE : 0008056000089

FACTURE № 000199

M : DAHRLANI Rachid Casablanca, le 28/07/2021

N° de Nomenclature : Lot - 408.

Docteur : Dr. Radid Lefidri. Hassan.

Monture : optique 800,00

Verres : verres ne blanc

VL : Lentille Lent (uv) n.c

OD : (-1,00 - 0,00) 1000,00

OG : (-0,75 - 1,75) 1000,00

VP :

OD :

OG :

OPTIQUE EL FATH
 Bd Moudibokeita Bloc (j)
 N33 CASABLANCA
 Tel: 06 61 977 982

Total : 2800,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Deux mille cent

OPTIQUE EL FATH
 Bd Moudibokeita Bloc (j)
 N33 CASABLANCA
 Tel: 06 61 977 982

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'hôpital Md V casa



الدكتور خالد الفضيلي العلوي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة

الحول - مسالك الدموع - داء الزرق
تصوير أوعية الشبكة والأبزير - جراحة تصحيح النظر

رئيس مصلحة طب العيون سابقا
بمستشفى محمد الخامس البيضاء

Casablanca, le : 27-01-21 الدار البيضاء في :

DAHNANI Nolwane

Antine + 1/2

$$\text{D} = (105^\circ - 0,5^\circ) - 0,7^\circ$$
$$\text{OG} = (50^\circ - 0,45^\circ) - 1,7^\circ$$

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

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

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

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