

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.

Biologie 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.

Autre :

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

Reclamation : contact@mupras.com
Mise 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.

Siège : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10346

Société :

60534

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LANDI EL MILouda

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0652666047

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/05/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01-02-2021 | CS | | 200.00 dh | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  HARMACIE LA CULTURE Hay Moulay Rachid G/3 Rue 1 N°8-9 - Casablanca Tél : 05 2271 25 25 | 01/02/2021 | 20/80 |

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
|  | 25/02/14 | | | | | 1610422 |

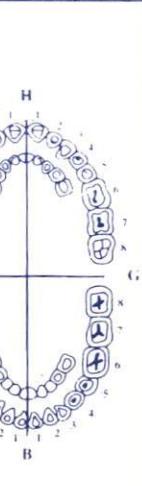
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---|---|----------|----------|----------|---|--|----------|--|---|--|----------|--|---|--|----------|--|----------|--|---|--|
| O.D.F PRÛTHÈSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | D | | 00000000 | | G | | 00000000 | | B | | 35533411 | | 11433553 | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION | |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr. SOUKAINA FATI

OPHTALMÓLOGISTE



د. سكينة فاتي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- Lauréate de la faculté de médecine de casablanca
- Ancien interne du CHU IBN ROCHD de Casablanca
- Diplômée en « surface oculaire » université de Brest, France
- Diplôme de « contactologie » de la faculté de médecine de rabat

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
- دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا
- دبلوم في العدسات الاصنفه بالدار البيضاء

Casablanca Le ...01...février...2021.... الدار البيضاء في

Mme LANDI El Miloudia

ARTELAC: COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour

28/80

ZENITH Pharma

6 118001 270521
PPV : 28,80 DH

PHARMACIE LA FACULTÉ
Hay Moulay Rachid G.
Rue 1 N°8-9 Casablanca
Tél: 05 22 71 25 25

Dr. FATI SOUKAINA
Ophtalmologiste
13, AV. Commandant Driss Al Harti
Résidence Elhayani 1er étage N°33
Casablanca - Tel.: 05 22 70 03 02



- Lauréate de la faculté de médecine de casablanca
- Ancien interne du CHU IBN ROCHD de Casablanca
- Diplômée en « surface oculaire » université de Brest, France
- Diplôme de « contactologie » de la faculté de médecine de rabat

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
- دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا
- دبلوم في العدسات الاصنفية بالرباط

Casablanca Le ..01.. février.. 2021..... الدار البيضاء في

Mme LANDI El Miloudia

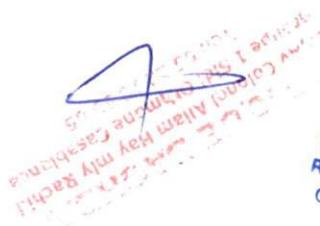
1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets

VL : OD = + 1.25 (- 0.25 à 65°)

OG = + 3.00 (- 1.75 à 100°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50



Dr. Fati Soukaina
Ophtalmologiste
13. Av. Commandant Driss Al Harti
Résidence Elhayani 1er étage N°33
Casablanca - Tél. : 05 22 70 03 02

OPTIQUE BAGHDAD

27 ,Av Akid Allam Rés Amal
Hay Milly.rachid Groupe 1
Sidi Othmane Casablanca
Tél: 0522705905
youssefoptique@hotmail.fr

Casablanca, le 16/08/28.
M. LANDI
Ecole de Casablanca

FACTURE N°: 003565

Ordonnance de Mr le Docteur. S. G. S. A. M. A. F. A. T. I.

N° de nomenclature correspondants à la prescription

OD =

OG=

VLOD:axe 65° cyl. 4.8 sph + b. 25

OG:axe 400⁰ cyl 1.5ph + 3,10
Add 1 + 2,50, BDG

VP OD : axe cyl sph

OG : axe cyl sph

- Arrêtée la présente facture à la somme de :

Don't be afraid DA. C

Patente : 32774033 / ICE: 001834006000047 /
CNSS: 7129217 / R.C: 405470 / IF: 49074033