

## 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 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>09988</b>			
Société : <b>64021</b>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>OUAHA Y AY</b>			
Date de naissance : <b>14/01/1968</b>			
Adresse : <b>N 34 Lot 179529 Sidi M'zazouf</b>			
Tél. : <b>067008596</b> Total des frais engagés : <b>Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

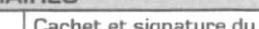
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **15/10/2021**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
06/02/2021	CS 200 DHT			INP : 09006484   Dr. Lahcen ZAFAD Oncologue Oncopatologiste Oncopatologiste Marsa

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>CACHET DE LA DECOUVERTE</b>	13/10/90	7900

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
OPTIQUE EL FATH Bd.Moudiboukita Bdc(J) N83 - CASABLANCA Tél: 06 61 977 982	06/02/00				4000,00

## 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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 N° 000610

M : DUAHA y ALI Casablanca, le : 06/03/2021

N° de Nomenclature : 431 - 431

Docteur : Lahcen ZAFAD

Monture : Optiques 1000,00

Verres : Progressifs organique

VL : Bleus de 50% (Anti UV)

OD : -0,5 (-0,0 - 95) 1000,00

OG : -0,75 (-0,0 - 80) 1300,00

VP :

OD : 1000,00

OG : 1300,00

OPTIQUE EL FATH  
 Bd Moudiboukita Bloc (J)  
 N83 - CASABLANCA  
 Tél: 06 61 977 982

Total : 4000,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Dua for Mills Dhs

OPTIQUE EL FATH  
 Bd Moudiboukita Bloc (J)  
 N83 - CASABLANCA  
 Tél: 06 61 977 982



06 février 2021

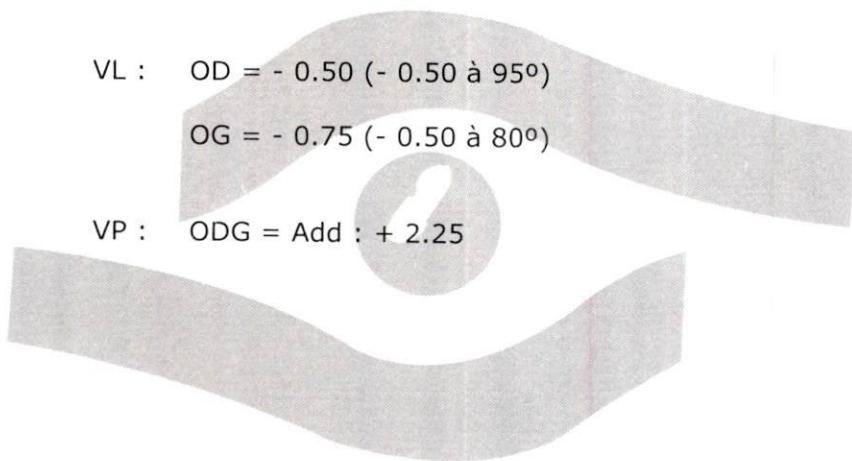
Mr. OUAHAY Ali

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = - 0.50 (- 0.50 à 95°)

OG = - 0.75 (- 0.50 à 80°)

VP : ODG = Add : + 2.25



OPTIQUE EL FATHI  
Bd Mohammed V, Kita Blc 11  
N83 - CASABLANCA  
Tel: 06 61 977 982

Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophthalmologist  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansar  
Quartier Palmiers - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA



المرنة (المرنة)

ORDONNANCE

06 février 2021

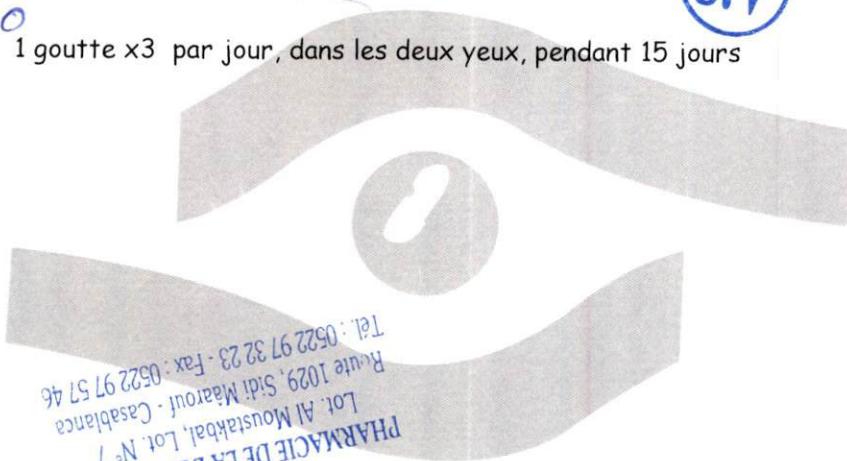
Mr. OUAHAY Ali

1/ NAVI INFLA

79,00

1 goutte x3 par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

S.V



Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers - Casablanca - Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG)

Fax: 05.22.25.00.01 - E-mail : [clinique.almadina@yahoo.fr](mailto:clinique.almadina@yahoo.fr) - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425