

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 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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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° W19-596082

81731

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **11360** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RACHAD ESSAID

Date de naissance :

habituell

Adresse :

Tél. : **0661815503** Total des frais engagés : **254,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/10/2011

Nom et prénom du malade : **RACHAD KHAOULA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Alfectio m 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 : **Le 16/10/2011**

Signature de l'adhérent(e) :

Rachad

Le : **16/10/2011**

| 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 |
| 17/07/2021 | CS | | 10000. | INP : 091242545 Dr. SAIFAOUI Noura Ophtalmologue 55 Oum Rabii 1er Etage Oulfa SAIFALIANCA |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture | |
| <i>PHARMACIE QUM ERRAHIM DRAA TAFILALET Tunisie 10450 30000 Tél: 03 22 00 88 72 - Fax: 03 22 01 160</i> | 17/01/2016 | <i>S. 10</i> | |
| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 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 l'ODF. | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

Dr. Nora SAIFAOUI

Ophtalmologiste

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot

Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France

Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

- Chirurgie réfractive

- Maladies et chirurgie des paupières

- Maladies de la cornée (kératocône)

- Maladies de la rétine

- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



د. نورة الصيفاري

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس

دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريس

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلاة بالليزر

- تصحيح البصر

- أمراض الدموع وجراحة الجفنون

- أمراض القرنية

- أمراض الشبكية

- الليزير

ORDONNANCE

17 juillet 2021
Casablanca, le

Mlle RACHAD KHAOULA

ALERCHEK COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

64.13 Avis de l'Ordre des Médecins
~~GEOLARMES~~ *Où l'embal* *coc*
1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

PHARMACIE QUINERAABII
Bd Oum Rabiaa
49, Boulevard Oum Rabiaa Hay Hassani, El Ouley
(CASABLANCA) Tel: 05 22 90 88 72 - Fax: 05 22 90 12 66

Dr. SAIFAOUI Nora
Ophtalmologiste
193, Bd Oum Rabiaa 1er Etage Oulfa
(CASABLANCA) Tel: 05 22 93 03 80 / 07 66 05 95 66

193، شارع أم الرياح (قرب ليديك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء
193, Bd Oum Rabiaa (à côté de Lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com