

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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-656184

ND: 90318

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7887

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

SABBAGH

TAMOU

Date de naissance :

21/01/1958

Adresse :

RESID EL WAFA 04 IMM 44 APP 10
OULFA CASABLANCA (EL WIAM)

Tél. :

0675471030

Total des frais engagés : 250DH + 147DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SAIFAOUI Nora
Ophtalmologiste
193 Bd Oum Rabib 1er Etage Oulfa
CASABLANCA

Date de consultation :

28/09/2021

Nom et prénom du malade :

SABBAGH TAMOU

Age : 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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

Fait à : CASABLANCA

ACCUEIL

le : 28/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

SABBAGH

RELEVÉ 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
28/09/2011	OY FO		250,00	<p>INP : 091121695645</p> <p>Dr. SAIFADOUN Ophtalmologiste 193 Bd Düm Kabir 1er Etage Oulfa CASABLANCA Tél : 05 22 93 03 80 / 07 66 05 95 61</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.10.2017	117,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

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

		Coefficient
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	$ \begin{array}{c cc} & \text{H} & \\ \text{D} & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ & \text{B} & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	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'EXE

Dr. Nora SAIFAQOUI

Ophtalmologue

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 الصيفاوي

طب وحدة العيون

کیا، صغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس
دبلوم الجراحة الانكشارية تصحيح النظر ببرист
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة بالليزر
 - تصحيح البصر
 - أمراض الدموع وجراحة
 - أمراض القرنية
 - أمراض الشبكية
 - اللذ

ORDONNANCE

28 septembre

Casablanca, le

—2021—

Mme SABBAGH Tamou

Mt. 80

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 4 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux,
pendant 3 Mois

To: M7, 05

صيدلية حسni الوئام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BL QUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tel: 05 22 91 17 31
INPE 2092030949



A handwritten signature in black ink, tilted diagonally upwards from the bottom left. The signature reads "Dr. SAIFAOUL NORA". Below the name, smaller text provides professional details: "Optometrista", "Dr. Joun Rabib Ter Etage Cuita", "S.J.OUN CASASBLANCA", and two phone numbers: "03229383" and "03229383 23 / 0766059566".

1933، شارع أم الربيع (قرب لديك) الطابق الأول رقم ١ الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté 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