

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, traction multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

h cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° M21- 061407

1-6897

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3410 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(?)

Autre :

Nom & Prénom :

ZOUFI M'HAMED

Date de naissance :

03/02/1960

Adresse : 24 rue des Tabors Oasis Casablanca

Tél. : 0661181840

Total des frais engagés : 2308,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghizlane OUKACH
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
Maârif Extension 20370 - Casablanca
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 5

Date de consultation :

21/02/2022

Nom et prénom du malade :

ZOUFI SARA

Age: 22 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anévrisme / sd sec

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 : Casablanca

Le : 21/02/2022

Signature de l'adhérent(s) :

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
21/02/2022	C		250dk	Dr. Ghizlane CHIBANI SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE 39, Rue Al Fouqara N° 10, 1 ^{er} Etage Madaif Extension 20370 - Casablanca 0522 23 55 59 - 0522 23 55 59
20/02/2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/2022	358,-
	03/03/2022	1700,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	G		35533411	11433553	Coefficient des travaux Montants des soins Date du devis Date de l'exécution
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D														
00000000	00000000														
G															
35533411	11433553														
[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



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaume
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le

21 février 2022

Mme ZOUFI Sara

179,00 x 2

1/ OPTIVE FUSION UNIDOSES

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

~~T = 358,-~~



Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er étage
Maârif Extension 20370 - Casablanca
Tel: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49



Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

39, زنقة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71



- Optthalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Optthalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaume
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le

21 février 2022

Mme ZOUFI Sara

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.50 (- 0.25 à 180°)

OG = Plan (- 0.75 à 160°)

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE
SARL AU
69, Bd de Paris
Casablanca

DR. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE
39 Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
Maârif Extension 20370 Casablanca
Tel: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

39, زنقة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

Centre Optic Optometriste**ICE 001530868000010**

69, Bd de Paris
 20100 Casablanca
 Tél: 0522222210
 Fax: 0522261850

FINESS : INPE 095005740

FACTURE COMPL. N° : F22/1380

Date : 03/03/2022

N°PEC :

BENEFICIAIRENom et prénom : **zoufi SARA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

Corrections :

VL D. Sph: -0.50 Cyl: -0.25 Axe: 180 de Paris

VL G. Sph: plan Cyl: -0.75 Axe: 160 de Casablanca

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
Verre selon prescription medicale	500.000	2259966	3.660	2.200		500.000
Verre selon prescription medicale	500.000	2259966	3.660	2.200		500.000
Monture	700.000	2223342	2.840	1.700		700.000
TVA (0%) (Dh)	271.429					
TOTAL TTC (Dh)	1700.000					
NET A PAYER par l'assuré (Dh)	1700.000					

Mentions légales



Facture acquittée