

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 à caractère personnel.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9185**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Jamila Elaourfi

Date de naissance :

31/07/1985

Adresse :

Tél. : **06.506.278.22**

Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/11/2022**

Nom et prénom du malade : **mm EL AOURFI JAMILA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

REFRACTION

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/11/2022 | CS | 300,00 Dhs | | DR. LAIA YOUNT ABDERRAHMAN DENTISTE ET CHIRURGIEN MALADES YEUX AGENCE YACCOUB 10/8 / 0522 98 14 85 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Recette |
|--|------|-----------------------|
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

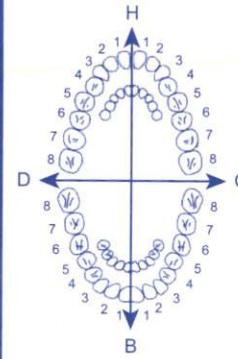
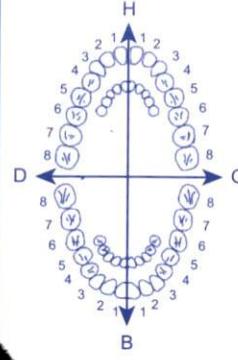
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|-----------------------|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| JURA OPTIQUE 30 Rue Oussama Ben Yakk 022 25 21 33 Fax: 022 23 08 62 | 30-11-22 | 5 | Prise de l'optique | | | 1500,00 Dhs |

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | 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 |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|---|----------|----------|--|
| H | 25533412 | 21433552 | |
| D | 00000000 | 00000000 | |
| B | 00000000 | 00000000 | |
| G | 35533411 | 11433553 | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrahman LAAYOUNI

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agree pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتور عبد الرحمن لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العول - ليزر - أنجيوغرافي

خريج

جامعة منبولي

أستاذ مساعد سابق بالمركز الاستشفائي ابن رشد

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

رخص

السيارة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le 28/11/2022 الدار البيضاء، في

Mme EL AOURFI JAMILA

Signature

verso
antre
amarrage

$$FD = (177 - 175) - 5,25$$

$$FC = (170 - 2) - 4,75$$



JURA OPTIQUE
30 Rue Oussama Ibnou Zaïd
Maârif - Casablanca
022.25.21.33-Fax 022.23.08.66

8 شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3^{ème} Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

JURA OPTIQUE

30,RUE OUSSAMA IBNOUZAID
EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASA
Tél : 0522.25.21.33

FACTURE

FACTURE N° : **269/2022**

CLIENT : **EL AOURFI EP CHINAN JAMILA**

DATE FACTURE : **30/11/2022**

| DESIGNATION | PRIX TTC |
|---|-----------|
| <u>Montures</u> : 1 Optique | 500,00 DH |
| <u>Verres</u> : OG1 Organique aminci anti-reflet anti uv | 500,00 DH |
| OD1 Organique aminci anti-reflet anti uv | 500,00 DH |
| <u>Nomenclatures</u> : OD : -5.25 (-1.75 à 177°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00 OG : -4.75 (-2.00 à 170°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00 | |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total TTC : **1 500,00 DH**

Total HT : **1 250,00 DH**

TVA 20% : **250,00 DH**

Frais de Timbres : **3,75 DH**

Montant Total Payé : **1 503,75 DH**

Code INPE



095001327

JURA OPTIQUE
30 Rue Oussama Ibou Zaïd
Maârif - Casablanca
Tél 022.25.21.33-Fax 022.23.08.66

R.C:349856 IF:40718900 Pte:35725204 ICE:001664295000061
Adresse: 30,RUE OUSSAMA IBNOUZAID EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASABLANCA
Tél : 0522.25.21.33 FAX : 0522 23 08 66