

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº M21- 071252

Optique *NR3N65* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10526* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *KAIMET - Abdellah*

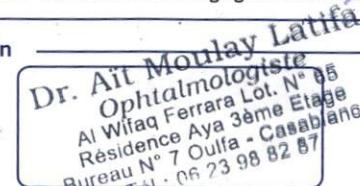
Date de naissance : *20-05-1974*

Adresse : *Av. C N° 16 EL AYAT HAY ELOULFA.*

Tél. : *0662339130* Total des frais engagés : *10.52.07* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *03/03/2013*

Nom et prénom du malade : *M. Kaimet Abdellah* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Aspergill* DDS

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
09/03/23	Consultation			Dr. Aït Moulay Larbi Ophthalmologiste Al Wifaq Ferradja Lot. N° 65 Résidence Aya 3ème Etage 1 ^{er} 7 Oued Casablanca 06 23 98 82 87
DIN E : 09/03/2023			Dr.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMAZIE SALAHEDDINE SELMA MASSOUNI 756, Boulevard Oued Sebou Tél : 05 22 90 50 06 - Casablanca</p>	05.10.2023	58.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LINIQUE STERNAI 13, Avenue Stanéhal, CM Casablanca - Tél. : 05 22 41 15 94 - Fax : 05 22 99 55 51.</i>	09/03/93	José A. Ayguen	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

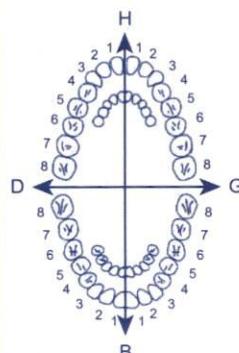
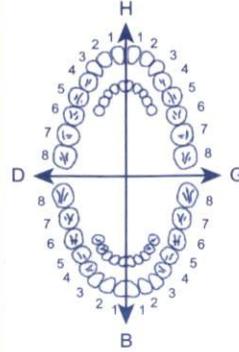
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

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

le 08/03/23

Karine & Abdelfatah

58.00

Indocollyre

Mme

ODS
4x1g p/ l'mois



PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI
756, Boulevard Oued Sebou
Tél : 05 22 90 50 06 - Casablanca

Dr. Aït Moulay Latifa
Ophtalmologist
Al Witaq Ferrara St.
Résidence Aya 3ème
Bureau N° 7 Oulfa
Tél : 06 23 98 1

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/01/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

LOT/ج

FAB/ص

EXP/效

H8956

10-2022

03-2024

Dr. Ait Moulay Latifa

Ophtalmologiste



Al Wiffaq Ferrara 1. Lot N° 65. Résidence Aya.
3ème Etage. Bureau N°7. Oulfa. Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

الدكتورة أيت مولاي لطيفة

طبيبة أphthalmologiste في أمراض و جراحة العيون

الوقاية في برا 1 تجزئة 65 إقامة آية الطابق

الثالث. مكتب رقم 7. الإلげة الدار البيضاء

الهاتف : 06 23 98 82 87 - النقال : 05 22 65 84 88

de 09/03/143

Kaimet Abdellah
(R C leger).

ODG : - aspects de l'œil
de l'œil au fil sur le pourtour
nasal et supérieur

Dr. Aït Moulay Latifa
Ophtalmologiste
Al Wifaq Ferrara Lot N° 65
Résidence Aya 3ème Etage
Bureau N°7 Oulfa Casablanca
Tél : 06 23 98 82 87

Dr. Ait Moulay Latifa

Ophtalmologiste

Al Wifaq Ferrara 1. Lot N° 65. Résidence Aya.
3ème Etage. Bureau N°7. Oulfa. Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87



الدكتورة أيت مولاي لطيفة

طبيبة أخصائية في أمراض و جراحة العيون

الوقاقي فيرارا 1 تجزئة 65 إقامة آية الطابق
الثالث . مكتب رقم 7 اللفقة الدار البيضاء
الهاتف : 06 23 98 82 87 - التقال : 05 22 65 84 88

le 08/03/23.

kai me et Abdellah.

—

BRR ODS

Dr. Aït Moulay Latifa
Ophtalmologiste
Al Wifaq Ferrara Lot. N° 65
Résidence Aya 3ème Etage
Bureau N°7 Oulfa - Casablanca
Tél : 06 23 98 82 87

(Handwritten signature)

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, CM
- Casablanca -
Tel. : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

F A C T U R E

N° **3 026** / 2023 du **09/03/2023**

Nom patient	KAIMEZ ABDELLAH	Entrée 09/03/2023	Sortie 09/03/2023
Prise en charge	PAYANT		

LASER ARGON PASCAL ŒIL

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
LASER ARGON PASCAL ŒIL	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total				1 000,00

Total général 1 000,00
*Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE DIRHAMS*

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	1 000,00				1 000,00	0,00



CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, Casablanca
Tél.: 05 22 47 15 94 - Fax: 05 22 47 34 51

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51
Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 01754572000095
R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com