

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.

N° W21-669365

AS4877

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9413

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Essettaoui Mohammed Samir

Date de naissance :

08/05/1972

Adresse :

388, Rue Brahim Nakkis Apt 6
Casablanca

Tél. :

0661 22 50 23 Total des frais engagés : 1950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. FILALI ASMAA
Ophthalmologiste

A. Aboubakr Al Kadiri Rés. Naim (Al Amirat,
Immeuble N°6, 2^{me} Etage Sidi Maareuf - Casablanca
Tél: 07 71 30 36 21 / 05 22 97 66 32

Cachet du médecin :

23/03/2023

Date de consultation :

SSS-LAoui ISYAF-L Age:

Nom et prénom du malade :

SSS-LAoui ISYAF-L

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Agg'ection 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

23/03/2023



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
3/01/93	S		259,10	091065912 Dr. FILALI ASMAA Ophthalmologiste A: Aboubakr Al Kadiri Rés. Naim (Al Amirat.

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

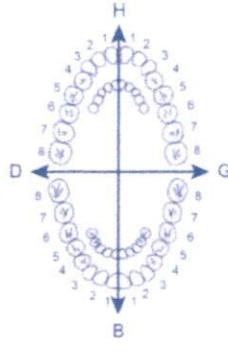
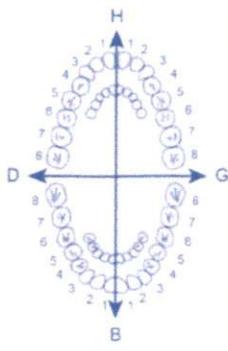
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTI SIDI 23. Bd. Bir Anzarane Tunis - 1000 (02) 99.35.28 - CAC	27/01/2023					1.000,00 DT

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	INP : <input type="text"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		B		D	00000000	00000000	H	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																	
		D	00000000	00000000																	
		G		B																	
		D	00000000	00000000																	
H		35533411	11433553																		
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																					

Docteur Asma FILALI
SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier (France)
Maladies et Chirurgie des Yeux



الدكتورة أسماء الفيلالي
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب مونبولي فرنسا

ORDONNANCE

ESSÈLADOU iSSMAEL.

Casablanca, le 23/05/23

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O.D :
O.G :
$$\begin{cases} (1^{\circ} - 0,83) - 2,25^{\circ} \end{cases}$$

VISION DE PRES

O.D :

O.G :

MONTURES + VCM 27mm Amour

OPTISTADE
323, 202, Bir Anzarane
Abou Bakr Al Abderrazak
Tél (02) 99.35.28-CASA
Dr. FILALI ASMAA
Ophthalmologiste
Abou Bakr Al Kadiri Rés. Nâïm (Al Amirat)
Imm N°6, 2^{me} Etage Sidi Maarouf - Casa
Tél : 21/05 22 97 66 32

OPTISTADE

ASMAA KHATTABI

Diplomée de la CESOA à Bruxelles

323, Bd Bir Anzarane Angle Rue Ali Aberrazak Casablanca - Tél 0522993528

Facture N:

5

Casablanca Le : 27-01-2023

Client : ESSELA OUI ISMAEL

Désignation	Qte	P.U	Montant TTC
Monture	1	500.00	500.00
OD Verre 1 :Vision de loin Organiques Anti lumière bleue Anti UV1.6 Nomenclature:407	1	600.00	600.00
OG Verre 1:Vision de loin Organiques Anti lumière bleue Anti UV1.6 Nomenclature:407	1	600.00	600.00

** Type de Paiement :Carte Bancaire

Total HT	1416.67 Dhs
TVA	283.33 Dhs
Total TTC	1700 Dhs

Arrêté la présente Facture à la somme de :

MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

OPTI STADE
323, Bd. Bir Anzarane
Angle Rue Ali Aberrazak
Tél: (02) 99.35.28 - CASA