

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 canalaire, 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 canalaire.

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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2460 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DANALI HASSAN

Date de naissance : 1950

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06.62.59.22.93 Total des frais engagés : 2200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. MORAIFIQ
OPHTHALMOLOGISTE
Agrement pour permis de conduire
Bd Mohamed VI, Res. Majid 1
Casablanca - Tél : 05 22 51 22 33

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : M. DANALI NAJIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie de Reumatism

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 : IBRAHIM Le : 15/05/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11 MARS 2023 | Qs | | 200 DH | <p>Dr. A. MORAIFI OPHTHALMOLOGISTE Agrement pour permis de conduire Bd Mohamed VI. Res. Majid 1 Casablanca - Tel : 05 22 81 20 10</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

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 | |
| Dr. A. MORAIFI Optométriste Chak Chak Casablanca | 15/03/2023 | | | | | 200.00 |

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 | | | |
| | H 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | D 00000000 35533411 | G 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 |



INPE:095023958

ICE: 002270067000066

Facture N° 10183051
Opticienne AYAD EL KHAOULA
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Min Check Casa
Date-le 15.12.2013

Docteur: Dr. M. RAFI Q
Mr (e): D. A. M. A. N. A. J. A

| | | |
|--|-----------|--|
| 1. Monture: optiflex | \$ 800.00 | |
| 2. Verres: optiflex en 1.56 index 1.5 V.L..... | | |
| Vision de Loin: | | |
| OD: (0.00 - 1.00) +3.50 | \$ 600.00 | |
| OG: (0.00 - 0.50) +3.00 | \$ 600.00 | |
| Vision de Prés: | | |
| OD: | | |
| OG: | | |
| ADD: | | |

K-ONO OPTIC
AYAD EL KHAOULA
Opticienne Optométriste
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Min Check Casa

Payé en espèce

Arrêtée la présente Facture à la somme de: \$ 1200.00

..... Dr. D. A. M. A. N. A. J. A.

Docteur A. MORAIFIQ
Ophtalmologiste



Chirurgie de Cataracte - Glaucome
Strabisme - Voies lacrymales
Paupières - Lentilles de Contact
Angiographie Laser



الدكتور ع. مراافق

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلاة - الزرق (ضغط العين)
الحول - مسالك الدموع - جراحة الجفون
العدسات اللاصقة - تصوير شبكة العين
العلاج باشعة الليزر

Casablanca, le

14 MARS 2023

الدار البيضاء في

Mme DAVALI Najia

Cette V.L

OD +3,5 (85-1)

OS +3 (0°-0,5)

verres magiques

K-ONO OPTIC
AYAO EL KHAOULA
Opticien Optométriste
102 Bis Rue Hay Mly. Abdellah
Al Chock Casab

Dr. A. MORAIFIQ
OPHTHALMOLOGISTE
Agrément pour permis de Conduire
Bd Mohammed VI, Res. Majid 1
Casablanca - Tél : 05 22 81 23 33

شارع محمد السادس - إقامة ماجد 1 الطابق 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 33 23 81 22 05
Bd. Mohamed VI- Résidence Majid 1-2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 81 23 33