

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 des données à caractère personnel.

160336 Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1061 Société : 1247

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAJOURJI YOUSSEF

Date de naissance : 01-02-1949

Adresse : 17 Avenue Jules Ferry

Tél. : 0666401007 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/2023

Nom et prénom du malade : LAJOURJI YOUSSEF Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Le splat au niveau droit

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

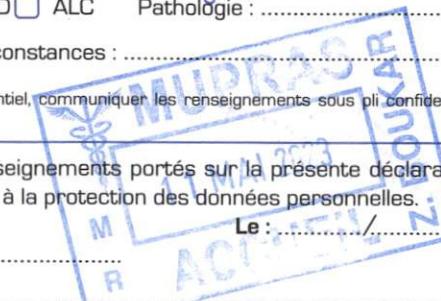
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
03.04.23	CP		300	<i>[Handwritten signature and stamp]</i> DR. M. J. H. H. O. DENTISTE INPE: 091166884 Tél: 05 22 23 79 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature and stamp]</i> PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOURJI 6-7 Rue Aïn Chouïba 03/22/36-24.851	03/04/23	123,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

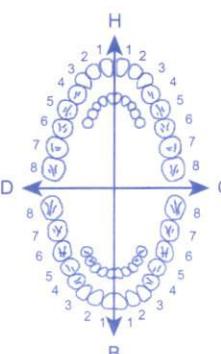
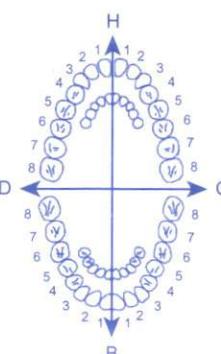
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>[Handwritten signature and stamp]</i> TAK OPTIC Mme Mouria Salmi Bd Bir Anzarane Casablanca	10/05/23					123,00

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
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000 35533411	B	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[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



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفي
اختصاصية في أمراض وجراحة العين

جامعة باريس VII
طبية سابقاً مستشفى باريس

Casablanca le : 03/04/23 الدار البيضاء في:

Lafoumi Thys

58,00

Indocillyne

PHARMACIE LA SOURCE

85,00

Dr. Houda KHLIFI
Tél: 05.22.36.21.85/05.22.36.26.69

Okyd

PHARMACIE LA SOURCE

Dr. Houda KHLIFI
Tél: 05.22.36.21.85/05.22.36.26.69
Ophtalmologue
INPE: 091161884
Dr. Houda KHLIFI
Tél: 05.22.36.21.85/05.22.36.26.69

INDOCOLLYRE 0,1%	<input type="checkbox"/> عيار	H8956
Collyre 5ml	<input type="checkbox"/> FABR.	10-2022
ZENITH PHARMA	<input type="checkbox"/> تاريخ انتاج	03-2024
AMM N°155/19/OMP/21/NRQDNM	<input type="checkbox"/> تاريخ إنتهاء	
	<input type="checkbox"/> PPV :	58,00 DHS

1 kg x 24
RIMAPHARMA
DNC
65,00 DH

1 kg x 24

470,00

15

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUINI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdjine
C. Casablanca
Tél: 05.22.36.21.85/05.22.36.26.69



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BIR ANZARANE



Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفي
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
خريجة جامعة باريس VII
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le

03/04/23

الدار البيضاء في:

Lafouzzi Ilyas

Verso + Lenture: (anisocorie
anisotropie)

$$\text{OG} = +0,25 \left(-0,75 \text{ à } 0^\circ \right)$$

$$\text{OG} = \left(-0,25 \text{ à } 25^\circ \right)$$

TAK OPTIC

Mme Mounia Salmi
75 Bd. Bir Anzarane, Casablanca
INPE : 095014494

Dr. KHLIFI Houda
Ophthalmologue
Résidence Ghila
Tél: 05 22 23 79 29



Facture



Facture N° :
874
Date :
2023-05-10
Client :
LAGOUMI ILYAS

TAK OPTIC
73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif
Tel: 0522-256704

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+0.25	-0.75	180	
VLG	0	-0.25	20	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIQUE ANTI REFLET	1	300.00	300.00
2	ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	300.00	300.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	400.00	400.00

TVA	20%	Total TVA	166.67
Total HT	833.33	Net à payer	1000.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

TAK OPTIC – 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif – 0522-256704 – visionexpress.casablanca@pubwebo.com
IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE:095014494

TAK OPTIC
Mme Mounia Admi
73 Bd. Bir Anzarrane Casablanca
INPE: 095014494