

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12837**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DG, HAY Hicham

Date de naissance :

10/02/1987

Adresse :

Dyar Essalam, résidence DAR 5, im 36, n 12, Ain Sebaa

Tél. : **0666815849**

Total des frais engagés : **1700,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20, 04/2023

Nom et prénom du malade :

Kenza DG hay

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Conjonctivite

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) :

Le : **09/06/2023**



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20 04 23 | CG | - | 30000 | INP : 0911450332 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  Opticien Optique Moulay Mohamed EL SEBAâ RDC, Résidence EL MABROUK Ain Sebaâ - Casablanca 052.75.75.02 / 07.08.11.01.10 | 26/04/2023 | 1.450 Dhs. |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 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 ZENJOURI Mariame

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie Cataracte, Paupières et voies lacrymales

Rétine : Angiographie - OCT - Laser

Strabisme : Rééducation - Chirurgie



الدكتورة الزنجوري مريم

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة، الجفن و المسالك الدمعية

طب الشبكية : التصوير والعلاج بالليزر

علاج الحول : الترويض و الجراحة

Casablanca, le

le jeudi 20 avril 2023

Kenza DGHAY , 7 ans

- Une Monture :

- Vision de LOIN :

OEIL DROIT : +2,00 (-1,00 à 165°)

OEIL GAUCHE : +2,50 (-0,75 à 165°)

Bien respecter le centrage SVP

Verres Traités Anti-Reflets amincis incassables

OPTICKI
Opticienne Optométriste
Bd. Moulay Mohamed EL BAAMRANI
RDC, Résidence EL MABROUK
Aïn Sebaâ - Casablanca
Tél : 0522.75.75.02 / 07.08.11.01.10

الدكتورة الزنجوري مريم
Dr. ZENJOURI Mariame
Ophtalmologiste
Tél : 0522.75.75.02 / 07.08.11.01.10

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

GSM : 06 90 82 45 15

شارع محمد البقالي تجزئة جوهرة، جزء D2 الطابق الأول، رقم 4 سيدى مومن - الدار البيضاء
Bd Mohamed Al Bakkali Lot. Jawhara, Imm. D2 - Appt 4, 1^{ère} Etage - Sidi Moumen

Q



Opticienne - Optométriste
Contactologue -visagiste

Casablanca, le

26/04/2023

FACTURE N° : 377/15

DGHAY KENZA

| | NOMBRE | PRIX UNITAIRE TTC | TOTAL TTC |
|---------------------------|--------|-------------------|-----------|
| MONTURE OPTIQUE | 1 | 800 | 800 |
| VERRES 1.5 ORGANIQUE | 2 | 300 | 600 |
| OD : 2.00 (- 1.00 A 165) | | | |
| OG : 2.50 (-0.75 A 165) | | | |
| | | TOTAL HT | 1 166,67 |
| | | TVA | 233,33 |
| | | TOTAL TTC | 1 400,00 |



INPE: 095028320

OPTICKI
Opticienne Optométriste
Bd. Moulay Ismaïl BAAMRANI
RDC, Résidence EL MABROUK
Ain Seba - Casablanca
Tél : 0522.75.75.02 / 05.58.11.01.10

Arrete la présence facture à la somme de MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Siege Social BD moulay mohamed elbaamrani residence el mabrouk RDC CASABLANCA

TEL : 0708110110 / 0522747402 - Email : opticki.as@gmail.com

RC : 473955 - TAXE PROFESSIONNEL 31501402 - IF : 45967181

ICE : 002505707000016