

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° W21-809247

171066

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 78487 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELMEGDIER MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-1969

Adresse : LOT ALOROUBA Rue 16 N° 9 Ain

Chak CASABLANCA Tél. : 06 73 74 89 83 Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE-0911373-10C-00107776900059
Tél: 0522 56 71 77
295, Bd. Dhs El Hedi - CASABLANCA
OPTICAL MEDICAL
OPTICAL MEDICAL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 05/07/23

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/10/2015 | 05 | 1 | 25000 | INP: 0916233201016718300055 |
| 05/10/2015 | 05 | 1 | 25000 | INP: 09162332010167177777 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| 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 |
|--|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| <i>BOUSTI OPTIQUE 10 bd 2 Mai - Inara 1 Ain Chock Casablanca Tel: 0524 5400 26</i> | <i>4/8/23</i> | | | | | <i>1700</i> |

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 style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">[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"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. QARFA Driss

096 00 50 49

الدكتور القرفة إدريس



OPHTALMOLOGISTE
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.
VOIES LACRYMALES.LASER.ANGIOPHARIE

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع
أنجيوغرافيا - الليزر

Casablanca, le

05/04/2018

الدار البيضاء في

BOUAFIHA
OPTIQUE
80 bd 2 Mars Maroc
Casablanca
Tél: 0522 50 60 26

Remember

Conad

Conal

Conal

Wod = - 2,5 (-87) 180

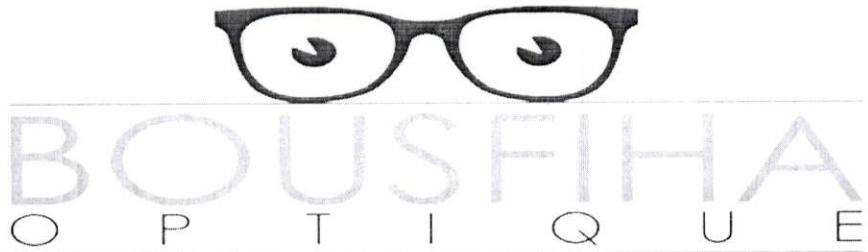
Wos = - 2,25 (-87) 165

Dr. QARFA Driss
OPTIQUE CASABLANCA
Tél: 0522 56 21 77
NUP: 091157351/C: 00167789000055

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochain contrôle dans :

295. شارع إدريس الحارتي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 56 21 77

295. Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77



FACTURE

176

CLIENT(E) : ELMEGDER MOUAD

DATE : 04/08/2023

| PRODUITS | | QUANTITE | PRIX U TTC | TOTAL TTC |
|-----------------|-------|----------|------------|-----------|
| MONTURE OPTIQUE | | 1 | 700 | 700 |
| VERRE ORGANIQUE | | 2 | 500 | 1000 |
| AR BLEU | | | | |
| OD | -2.50 | -0.75 | 180 | |
| OG | -2.25 | -0.75 | 165 | |
| | | ----- | TOTAL TTC | 1700 |

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE SEPT CENTS DHS TTC

BOUSFIHA
OPTIQUE
810 Bd 2 Mars Inara, Ain Chock
Casablanca
Tel. 0522.50.69.26