

## 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.

|  |                                       |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                                   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                                     |                                       |   |                                 |
| Matricule : <u>11081</u>   | Société : <u>PAM</u>                  |   |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif                          | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom : <u>FALAH INAD</u>                                   |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : <u>05/08/1976</u>                              |                                       |   |                                 |
| Adresse : <u>Lot 2a bld 124E 06 7mm 216 Agpt 07</u>                |                                       |   |                                 |
| OULFA CASA : <u>0659385966</u>                                     |                                       |   |                                 |
| Tél. : <u>0659385966</u> Total des frais engagés : <u>1650</u> Dhs |                                       |   |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation :  | <u>02/09/2023</u>  |
| Nom et prénom du malade :   | <u>FALAH INESS</u>   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | <u>Affection</u>   |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances  |  |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème de confidentialité à l'intention du médecin conseil de la Mutuelle.                  |  |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. |  |
| Fait à :  | <u>CASA</u>  |
| Signature de l'adhérent(e) :  | <u>JM</u>  |
| <br><u>13 OCT. 2023</u>   |  |
| <br><u>13 OCT. 2023</u>  |  |

## **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/10/2023      | OS                |                       | 250,-                           | INP : 09124236<br>Dr. SAIFAQUI Nora<br>Ophtalmologue<br>193, Ed Oum Kelti 1er Etage Quil<br>CASABLANCA<br>107 63 05 95 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

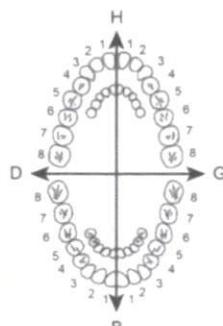
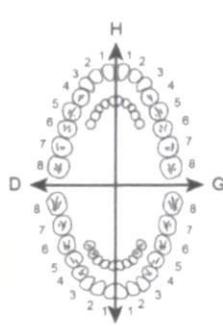
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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"/>                |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                                       |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>G<br>11433553 |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                       |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|  |   |                                       |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                       |   |                                       |             |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                    |   |                                       |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. Nora SAIFAOUI**

Ophthalmologiste

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot

Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France

Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

- Chirurgie réfractive

- Maladies et chirurgie des paupières

- Maladies de la cornée (kératocône)

- Maladies de la rétine

- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



د. نوره الصيفاوي

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس

دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببرست

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الحالة بالليزر

- تصحيح البصر

- أمراض الدموع وجراحة المجنون

- أمراض القرنية

- أمراض الشبكية

- الليزر

## ORDONNANCE

02 octobre 2023

Casablanca, le .....

Mme FALAH Iness

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = - 3.75 (- 1.50 à 180°)

OG = + 0.25 (- 1.00 à 170°)

**MARZOUK OPTIQUE**  
 Achouak MARZOUK  
 Opticienne Optométristes  
 N° 40 Rue 6 Hassan II 5 Oulfa  
 Casablanca - Tél : 05 22 90 00 42

Dr. SAIFAOUI Nora  
 Ophtalmologiste  
 Bd Oum Rabiaa 1er Etage Oulfa  
 CASA OULFA N° 193  
 Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66

193، شارع أم الريح (قرب ليديك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté de lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com

**MARZOUK OPTIQUE**

N40 Rue 6, Haj Fatah – Casablanca  
Tel : 05 22 90 00 42



DATE : 09/10/2023

**FACTURE 282**

**CLIENT : FALAH INESS**

N de nomenclature correspondante a la prescription

OD : 407

OG : 407

| DESIGNATION |                                | PRIX TTC |
|-------------|--------------------------------|----------|
| Verre 1D    | organique 1.6 antireflet indo  | 300,00   |
| Verre 1G    | organique .1.6 antireflet indo | 300,00   |
| Monture 1   | optique                        | 800,00   |
| Verre 2D    |                                |          |
| Verre 2G    |                                |          |
| Monture 2   |                                |          |

**TOTAL TTC** 1400,00  
**TOTAL HT** 1166,67  
**TVA** 233,33

**MARZOUK OPTIQUE**  
Achouak MARZOUK  
Opticienne Optométristes  
N° 40 Rue 6 Haj Fatah 5 Oulfa  
Casablanca Tel : 05 22 90 00 42

Arrêtée la présente facture a la somme de mille quatre cents dirhams