

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº M20- 0005921

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3629

Société : Rasm

Ag 5134

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DIANI MOHAMED

Date de naissance : 25 APRIL 1961

Adresse : H 43 LOT 52 WAFA

DEZOUA

Tél. : 06 64 24 69 809 Total des frais engagés : 4334,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR MOURAD EL FADIL
Ophtalmologiste
74, Bd La Grande Ceinture Res EL KHEIR
Appt 1/2 Etg 1 H.M Tel: 05 22 61 24 52 CASA
INPE : 091049205

Cachet du médecin :

13 DEC 2023

Date de consultation : 13 DEC 2023

Nom et prénom du malade : DIANI Farida Age: 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vis de Réfraction

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 : DEZOUA Le : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :


ACCUEIL

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
13 DEC 2023	C		850,00	Dr. MOURAD E. H. Ophthalmologist Tel: 03 22 61 24 51 N.P.E: 091049209

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hind ECHAISSI OPTOMETRISTE OPTIQUE Rue Mellilla - Mohammed V ALE DEROUA	19/12/2023	4000,00 Dhs
	21/12/2023	84,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachez et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Blo Tel :			

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																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <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> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Dr. EL FADIL Mourad

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie des Yeux

Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophtalmologie



الدكتور الفاضل مراط

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة
تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية
لطب العيون

13 DEC. 2023

Casablanca, le: الدارالبيضاء، في:

DIMI *FaraSa*

VERRES POUR LA VISION DE LOIN :
+ MONTURE

Oeil Droit :

+175 (-075 à 80)

Oeil Gauche :

+175 (-1 à 100)

ADDITION VISION DE PRES :

+2 *an*

INTEROPTIC
Hind ECHAFAI
OPTICIEN - OPTOMÉTRISTE
Rue Mellilia - Mellimmed

Dr. Mourad EL FADIL
Ophtalmologist
76, Bd La Grande Ceinture 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca
EL Kheir Appt. 112, Stage 1, H.M- Casa
Tél.: 0522 61 24 52 - N.P.E : 091049205

إقامة الخير 76، شارع الحزام الكبير الطابق الأول رقم 112 - الحي المحمدى - الدارالبيضاء - (جانب قسارية عزينة)

Résidence El Khair - 76, Bd la Grande Ceinture 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 22 61 24 52 - (à coté du Kissariat Aziza)

54,10 - Larmabak مل 1
 30,30 - Icomb مل 1
 84,40

Larmabak مل 1
 Icomb مل 1

54,10 30,30 84,40

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
 Bloc U N° 1 Daroua
 Tél : 05 22 53 20 83

062049176
 INPE

Dr. Mourad EL FADIL
 Ophthalmologiste
 76, Bd La Grande Ceinture Residence
 EL Kheir Appt. 112, Etage 1, H.M. Casablanca
 Tel.: 0522 61 24 52 - INPE - 09 049205



Interoptic

INTER OPTIC

FACTURE N°: 1954

Résidence du parc, angle

Melilia et bd ibnou tachefine

Magasin N° 3 Mohammedia

DATE: 19.12.2023

M. M. Diani Farida

Quantités	DESIGNATION	Nomenclature	P. U.	MONTANT
1	Monture			1000,00
2	Verres progressif 1.5 AIR Bleu.	131	1500	3000,00
	oD +1,75 (-0,75 à 80°)			
	oG +1,75 (-1,00 à 100)			
Arrêté la Présente Facture à la Somme de				
Quatre mille dirhams				4000,00 Dhs
Montant à payer				
dont T. V. A. à				
20 % incluse pour				

INTEROPTIC
Hind ECHAFAI
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rue Mellilia - Mohammedia

INETROPTIC RC : 17356 IF : 40397495 ICE : 001922780000019 PATENTE : 8037/16

INPE : 095011664