

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.

M22- 0042604

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 339 Société : R.A.M 195.864

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AILI EL HOUSSINE

Date de naissance : 30/06/1942

Adresse : cite OULFA G:K Rue 162 N13 casa

Tél. : 0522900469 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SAIEAOUI Nora
Ophthalmologiste
193, Bd Oum Rabii, Etage 1
OuRa - Casablanca
Tél: 05 22 93 03 80

Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : AILI EL Houssine Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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) :

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.

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
19/02/24	Or		250 Dhs	Dr. SAIF ALI OULD MOURAD Ophthalmologiste 193, Bd Oum Rabil, Etage 1 ousta - Casablanca 05 22 93 03 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Lalla HAOUZIR Dr. Lalla HAOUZIR 05 22 89 57 77	13/02/2014	670.30

INPE
201805

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'D' on the left, 'G' on the right, 'H' at the top, and 'B' at the bottom. The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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. نورة الصيفاوي

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس

دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريس

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة بالليزر

- تصحيح البصر

- أمراض الدمع وجراحة الجفون

- أمراض القرنية

- أمراض الشبكية

- الليزر



ORDONNANCE

Casablanca, le 19 février 2024

Mr AILI El Houssine

5

DUOTRAV

une goutte par jour le soir, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

XAILIN ha

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

94

670.30

5. V

Dr SAIFAOUI NORA
Ophthalmologiste
Médecin agréé permis de conduire
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

193، شارع أم الريان (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

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **AILI EL HOSSINE**

N° CIN :

Matricule : **339**

Adresse : **cite OULFA G: K Rue 162 N13 casa**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr SAIFAOUI NORA** Spécialité : **Ophtalmologiste**

N° ICE : **0083 08 16 30 00062** N° INPE : **091242545**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **AILI EL HOSSINE**

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois à vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Hypertonie oculaire
Excavation papillaire 006

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :
Ducteur collyre
Xaline HA collyre

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **19/02/24**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr SAIFAOUI NORA
Ophtalmologiste
Médecin agréé permis de concourir
193, Bd Oum Rabii, 1er Etage Oulfa
Casablanca / INPE: 091242545
Tél: 05 22 93 03 80

*Cette déclaration est renouvelable une fois
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées