

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° W19-416732

ND43306

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : MOUCHAMIR | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | 7863 Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : MOUCHAMIR HA SSAN | | | |
| Date de naissance : 03-04-67 | | | |
| Adresse : 86 LOT FLORIDA STAR MAROC | | | |
| Tél. : 0666828851 Total des frais engagés : 1079 Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : 14/10/91 | | | |
| Nom et prénom du malade : moughamir negjiss Age : Loans | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : affection Orale | | | |
| 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 :

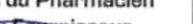
Signature de l'adhérent(e) :

Le : **14/10/91**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14/09/15 | Gz | | 250.- | DR. M. AYDIL SHAH DOCTOR IN PRACTICE SARAWAK MEDICAL COLLEGE TOLI TUBERCOLOSIS HOSPITAL KUCHING PENANGLA MALAYSIA 010-444998 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  Tahrani Mouloud Tahrani Mouloud N°162, Lycée Flora-Tristan Tel:03 42 32 00 00 Email:tahrani.mouloud@phar.com | 14/09/2023 | 120,- |

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 |
|--|-------------------|---------|----|--------|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| UR OPTIC ctien Optométriste e Hay Hassani Boutique B10 Casablanca CE:002043933000019 | 16/09 2022 | 2 Jours | | 1 mois | | 700.00 |

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 : [] | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|-----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|-----------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></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 style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجدة سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات الاصنفية

14.09.20

Mu Moushamir Najiss

129,-

11 Oxydrop collagen

lette x 415 ml oder



QH

Oben

~~PHARMACEUTICALS
WITH MILITARY
Amna Tahrif
N°162, La Florida, Casablanca
Tél: 05 22 78 78 07
Email: tahrifama78@gmail.com~~

**Dr. NAJID
Ophtalmologist
Anisat Al Qods
El Kediri, Casablanca
Moustaqbal Sidi Maarouf
Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com**

شارع القدس، شارع أبو بكر القادي ، إقامة ندى "A" الطابق
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجید سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الحلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

*Mademoiselle Narjiss MOUGHAMIR
Casablanca, le lundi 14 septembre 2020*

Verres et monture Pour vision de loin:

Œil droit : (15° -1.00) +2.25

Œil gauche : (155° -2.00) +2.50

Verres avec antireflets

Verres avec filtre bleu

*PUR OPTIC
Opticien Optométriste
Marjane Hay Hassani Boutique B10
Casablanca
ICE:002043933000019*

Siham NAJID

*Dr. NAJID SIHAM
Ophthalmologue
Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre
El Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com*

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس،شارع أبو بكر القادري ، إقامة ندى "A" الطابق
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء

Facture

Facture N° : 137
Date : 2020-09-16
Client
:MOUGHAMIR
NARJISS

PURE OPTIC
MARJANE HAY HASSANI
BOUTIQUE B 10 2000
Tel: 0659-187734

| VS | SPH | CYL | AXE | ADD |
|-----|-------|-------|-----|-----|
| VLD | +2.25 | -1.00 | 15 | |
| VLG | +2.50 | -2.00 | 155 | |

| N° | Désignation | Qte | PUTTC | MT |
|----|---|-----|--------|--------|
| 1 | BOURGEOIS ORGANIQUES TRIO BLUE UV 1.56 | 1 | 200.00 | 200.00 |
| 2 | BOURGEOIS ORGANIQUES TRIO BLUE UV 1.56 | 1 | 200.00 | 200.00 |
| 3 | OPTMG OPTMG900DH N | 1 | 300.00 | 300.00 |

| | | | |
|----------|--------|-------------|--------|
| TVA | 20% | Total TVA | 116.67 |
| Total HT | 583.33 | Net à payer | 700.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme :

sept cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

PURE OPTIC – MARJANE HAY HASSANI BOUTIQUE B 10 2000 – 0659-187734 –
IF: 26112536 - ICE: 00204303300019 - RC:411909 - TP:36092177- INPE:095021762 - CNSS:1138316

PURE OPTIC
Opticien Optométriste
Marjane Hay Hassani BOUTIQUE B 10
Casablanca
ICE:00204393300019