

## 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 | adhésion@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° W19-598816

55151

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11757	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom :		Aidie BAHDYA	
Date de naissance :		11/11/1981	
Adresse :		habituelle	
Tél. :		061167006	
Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin .			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Docteur Hamid FARAH            Ophtalmologiste            ad Oum Errabbi Rue 10 N° 3            EL Oulfa - CASABLANCA            Tel: 05 22 93 25 41         </div>			
Date de consultation : 23.12.2020			
Nom et prénom du malade : ABITAR INANE Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : affection oculaire			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## 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
23-12-2020	2	100.00		INP : 0910102020 Hamid FAP logueiste ue 50 N. ANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	28/12/2020		Nouvelle s 2 vues progressifs			1700,-

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Coefficient des travaux

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

AN  
D'EXÉCUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
EXECUTION

**Docteur Hamid FARAH**

**Ophtalmologiste**



**الدكتور . حميد فراح**

**أخصائي أمراض و جراحة العيون**

**جلاة - ضغط العين - الحول**

**مسالك الدموع - انгиوكرافيا**

**الليزر - العدسات الاصنقة**

**جراحة عيوب البصر**

**طبيب العيون سابق بمستشفى 20 غشت**

**طبيب العيون سابق بمستشفى مولاي يوسف**

**Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux**

**Cataracte - Glaucome - Strabisme**

**Voies Lacrymales - Angiographie**

**Laser - Lentilles de Contact...**

**Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT**

**Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef**

**Casablanca, Le**

**23 DEC. 2020**

**الدار البيضاء في**

**A B T A R T M A N E**

**↓↓↓↓↓**

**OU +0,25 (-0,25 a -170)**

**OU +0,25 (-0,75 a -180).**

**↓↓↓↓↓**

**A.H: +0,75 OU**

**Optical Discount  
Opticien Optométriste  
C.C. Marjane Ray Hassani  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 07 53 44**

**Docteur Hamid FARAH  
Ophtalmologiste  
1 Oum Errabbi Rue 50 N°3  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tél. 05 22 93 29 91**

**Bd OUM Errabbi - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91**

**شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91**

Facture N201200144

le 28/12/2020

MME Abitar Ep Bahdya Imane

Quantité	Désignations	Prix Unitaire (DH)	Prix Global (DH)
1	<b>Monture optique</b>	<b>500.00</b>	<b>500.00</b>
2	<b>Verres correcteurs organiques progressifs antireflets</b> <b>OD : +0.25 (-0.25 à 170°)</b> <b>OG : +0.25 (-0.75 à 18°)</b> <b>Add +0.75</b>	<b>600.00</b>	<b>1200.00</b>
			<b>1700.00</b>

Modalité de paiement : espèce

Mille sept cents dirhams



095002382

Optical Discount  
Opticien Optométriste  
C.C. Marjane Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél : 05.22.91.33.44

Siège Social : Centre Commercial Marjane Hay Hassani - Casablanca

R.C : 181571 – Taxe Professionnelle : 37988710 – I.F : 40169259

C.N.S.S : 7786778 – ICE : 000102167000074

Tel/Fax: 212 522 913 344 - GSM: 0662 523 694 - e-mail: opticalhayhassani@gmail.com