

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.

N° W19-424787

134592

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6713

Société : DAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJOURDA

FATHA

Date de naissance :

1960

Adresse :

Tél. : 06 61 41 69 98

Total des frais engagés : 250, + 3000, 32, 10 Dhs

Cadre réservé au Médecin DR. ITHAM EL HAKOUR

Ophtalmologiste
Impr. Dr. 5 Central Park Rue
ABDELMOUNEN-Mohammed
Tél: 05.23.30.17.17

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/09/2017

Nom et prénom du malade :

HAJOURDA fatha

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Correction strabie + ophtalmie arachide

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 : Mohammmed

Signature de l'adhérent(e) : 977

Le : 20/10/2017

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
20/09/2022	CS	140,00	250,00	INP : <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	26/09 2023					30001.00 DHS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTICAL AUDITION

Client: Mme HAJOUARDA FATIHA

N° Facture: FHF76942209260721

Date: 26/09/2022

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	500.00
VERRE OD ORG PRG AR: +0.75(-0.50 à 95°)	1	1250.00
VERRE OG ORG PRG AR: +0.50	1	1250.00
HT		2500.00
TVA 20.00%		500.00
TTC		3000.00



La présente facture est arrêtée à la somme: TROIS MILLE DIRHAMS

PARC PLAZZA I, ANGLE YAACOUB EL MANSOUR, YOUSSEF BEN TACHFINE IMM. M N°1-MOHAMMEDIA

Tél:05.23.30.47.13/ N°PATENTE:14378870 / N°IF:14378870 / N°RC:RCN 12303

ICE:001509644000079/ INPE: 095013348 / Email: opticalaudition@gmail.com

Dr Ilham EL HAKOUR

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie Des Yeux

Ex-attaché à l'hôpital militaire d'instruction

Mohammed V de Rabat

الدكتورة إلهام الهاكور

أخصائية في طب و جراحة العيون

طبيبة سابقة في المستشفى

ال العسكري الدراسي محمد الخامس بالرباط

Mohammedia, le.....
المحمديه، في

20 septembre 2022

Mme HAJOUARDA Fatiha

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.75 (- 0.50 à 95°)

OG = + 0.50

VP : ODG = Add : + 2.50



*Dr. Ilham EL HAKOUR
Ophtalmologiste
Imme D n°5 Central Park Rue
ABDELMOUNEN-Mohammedia
Tél:05.23.30.17.17*

Il est strictement interdit de changer la date de la consultation

Residence CENTRAL PARK, Imm D n°5 (1^{er} Etage), Rue Abdelmoumen - Mohammedia

زنقة عبد المؤمن [إقامة سوترا] بارك، عمارة D رقم 5 (الطابق الأول). المحمديه

05 23 30 17 17

dr.elhakour@gmail.com

INPE : 091167411

06 07 44 48 97