

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° W21-774327

148230

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2785

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DIAOUDI - ABDELMAMID

Date de naissance : 01/05/1957

Adresse : BLOC - LI - no 330

Tél. : 06-61-19-2879

BENSEGAO, AGAAR

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Ministère de la Santé Publique
Délegation Provinciale d'Agadir
A. LOUAHIDI
Unité de Réfraction Régionale
Ophtalmologie
et Hygiènes Scolaire et Universitaire
Q.I.

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

REFRACTION

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.

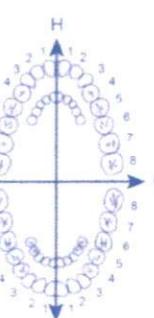
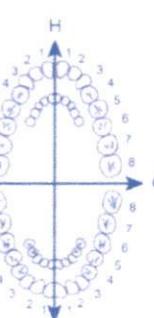
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 26/01/2012

Signature de l'adhérent(e) :



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		
28/10/11	B G	1	600	INPE : 045010114 Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène Provinciale d'Agadir Ligue Nationale de Radiologie et d'Oncologie LOUAHIDI Institut National de Radiologie et d'Oncologie Universitaire Q. I.		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Médecin	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MARON OPTIQUE OPTICIEN MATERIAU AGADIR - TÉLÉFON : 0524 22 11 11	01/10/11	~	~			2800,00
						tel

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">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"/>																		

Doyenné: Du Maroc
Ministère de la Santé
Région de Souss Massa
Députation de la Préfecture d'Agadir Ida-O

Agadir Ida-O
2019-2020
Année scolaire
du 1er Septembre 2019 au 31 juillet 2020

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)

G
D A U D I

Prénom: *ABDEL HAMID*

Prénom: *1075*

Prénom: *+ 100*

Prénom: *Add : + 250*

AGADIR Le: *28/01/23*

CACHET et SIGNATURE

MARONE OPTIQUE
OFFICIEL - OPTOMETRISTE
IMP. FRANCK N° 34, Agadir
Q.I. - AGADIR - Tel/Fax: 0528 82 82 84

Ministère de la Santé Publique
Délégation Provinciale d'Agadir
A. L'QUAHIDI
Unité de Refraction Régionale
Optométrie
et Hégiénies Scolaire et Universitaire
Q. I.

Marone Optique

maroneoptique@yahoo.fr

RIB 101 010 2121178919410005 65

Imm IFRANE II N° 9 Av HASSAN II Q.I

80000 AGADIR

Tél: 05 28 82 82 64

Fax: 05 28 82 82 64

M. ABDELHAMID DAOUDI

FACTURE N° : F23/1675

Date : 01/02/2023

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
PROGRESSIF ORGANIQUE AR	1	900.00	900.00	20.0
PROGRESSIF ORGANIQUE AR	1	900.00	900.00	20.0
MONTURE	1	1000.00	1000.00	20.0
Corrections :				
VL D. Sph: +0.75 Add: +2.50				
VL G. Sph: +1.00 Add: +2.50				
VP D. Sph: +3.25				
VP G. Sph: +3.50				
Total	3		2800.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
2333.33	466.67	2800.00	2800.00	0.00 Dh

MARONE OPTIQUE
 OPTICIEN - OPTOMETRISTE
 Imm. IFRANE II, N° 9 AV. Hassan I
 Q.I. - AGADIR - TÉL/FAX: 05 28 82 64