

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W21-796905

159301

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société :

A2287h2

NAIBIL

05 06 1972

LOU KITADRAOUI, RUE 6, A 2844002

06 97 16 8187

Total des frais engagés :

226

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr.MAARIF.H
spécialiste en ophtalmologie
INPE : 111 237 871

Cachet du médecin :

Date de consultation :

26 AVR 2023

Nom et prénom du malade :

AZZEHIZI

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anémotropie

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.

03 MAI 2020

Dr.MAARIF.H
spécialiste en ophtalmologie
INPE : 111 237 871

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.

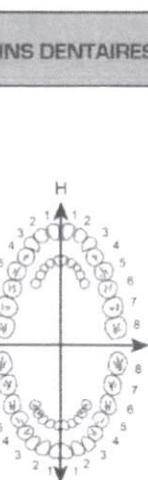
Fait à :

Le : 03 / 05 / 2023

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
26/11/23		hys	225,00	INP : 1112378A1 Dr. MAARIF.H spécialiste en ophtalmologie N° 111237871

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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"/>																
 O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000		35533411		B		11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000																			
	35533411																			
	B																			
	11433553																			
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Le :
Dr.MAARIF.H
spécialiste en ophtalmologie
IN.PE : 111 237 871

26 AVR 2023

Nom et Prénom : ... AZZEHIKI ... NABIL

Examen ophtalmologique complet
+
fond d'oeil

→ K10



ORDONNANCE

Nom : AZZEHIZI Nabil
Prénom :
Date : 26 AVR 2023

Dr.MAARIF.H
spécialiste en ophtalmologie
INPE : 111 237 871

L'examen ophtalmologique de
Mr AZZEHIZI Nabil a objectivé

- AVSC = 10/10 ODG
- pas de paralysie oculomotrice
- RPM normal ODG
- SA = Normal ODG
- Fo = Pas d'œdème papillaire ODG.
Naïade normale ODS

Ex tout à fait normal ODG

Dr.MAARIF.H
spécialiste en ophtalmologie
INPE : 111 237 871
POLYCLINIQUE ADDAMAN
مختبر، ألويننا



N° IPP :	294447	N° SEJOUR :	230010248	FACTURE N° 2305005764				DATE D'ENTREE : 26/04/2023		DATE DE SORTIE : 26/04/2023	
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE :			
MALADE : AZZEHIZI,Nabil				N° IMMAT C.N.S.S. :				AZZEHIZI,Nabil			
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K		10.00	22.50	225.00				0.00	225.00

Intervenant : 10000180 DR MAARIF HIND (OPHTALMOLOGIE)				TOTAUX :	225.00						225.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENT VINGT CINQ DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	225.00			AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 26/04/2023				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
EDITEE LE : 26/04/2023 PAR: R8711				N° DE POLICE :				DATE AT :			
VISA				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA							
				BANQUE : BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA							
				N° compte bancaire : 011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA							

