

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.

M22- 0016925

Optique

par l'opticien

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5642 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHELKHAOUI ABDELKHALEK

Date de naissance : 21/10/61/1955

Adresse : RES NARJIS IMB APPT 4 AVALLALE 1

FASSI MARRAKECH

Tél. : 0661741970 Total des frais engagés : 12.650 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/11/2023

Nom et prénom du malade : CHELKHAOUI ABDELKHALEK Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie de l'œil

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident

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 : MARRAKECH Le : 24/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : Cheikh

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 7 FEV 2023 | C | C | 2500DH |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|---|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| Magasin 4 Marjane Rout: Tel: 05: Magasin L'au nne route de casa - Marrakech 05 24 05 54 93 | 01/04/123 | | | | | N° 4 Marjane Route de casa - Marrakech Tel: 05 24 05 54 93 Magasin L'au nne route de casa - Marrakech 2400 DH L'encepe |

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 | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LAURENCE OPTIC

ICE: 002017145000063

Marjane route de casa magasin N° 14
 40000 marrakech
 Tél: 0524055493

M. ABDELKHALEK CHELKHAOUI

FACTURE N° : F23/0615

Date : 01/04/2023

Prescrit par : SANA TALHA NACIRI

No ID :

En date du :

| Désignation | Qté | Prix unit. | Valeur | TVA |
|--------------------------------------|----------|------------|----------------|------|
| VERRE PROGRESSIF ANTIREFLET | 1 | 1800.00 | 1800.00 | 20.0 |
| MONTURE | 1 | 600.00 | 600.00 | 20.0 |
| Corrections : | | | | |
| VL D. Sph: +2.25 Cyl: -2.50 Axe: 80° | | | | |
| VL G. Sph: +1.25 Cyl: -1.00 Axe: 95° | | | | |
| VP D. Sph: ADD+2.75 | | | | |
| VP G. Sph: ADD+2.75 | | | | |
| Total | 2 | | 2400.00 | |

| Total H.T. | Total TVA | Total T.T.C. | Acompte | A PAYER |
|------------|-----------|--------------|---------|-------------------|
| 2000.00 | 400.00 | 2400.00 | | 2400.00 Dh |

Magasin Laurence
 N° 4 Marjane Route de casa Marrakech
 Tel : 05 24 05 54 93

Ophtalmologiste

Membre de l'American Académie d'Ophtalmologie
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Résidente à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital Antaki Marrakech
- Ophtalmologie de l'Adulte et de l'Enfant
- Chirurgie de cataracte par phacoémulsiification
- Strabismes -Retine - Laser - Echographie Oculaire
- Angiographie Rétinienne -OCT-topographie cornéenne-



Marrakech le مراكش في



الخصائية في أمراض و جراحة العيون

عضو الجمعية الأمريكية لطب وجراحة العيون
عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
طبية مقدمة سابقاً بمستشفى 20 غشت البيضاء
طبية مقدمة سابقاً بمستشفى الأطهاري مراكش
- طب العيون للكبار والأطفال
- جراحة الجلالة بالصدى الصوتي - الحول
- أمراض شبكي العين - المثير
- الفحص بالصدى الصوتي - الفحص بالأشعة تحت الحمراء
- خريطة القرنية - عدسات لاصقة



CHELKHAOUI ABDELKHALEK

LUNETTES POUR VL

OD :+2,25(-2,50 A 80°)

OG : +1,25(-1 A 95°)

ADDITIF VP +2,75 ODG

VERRES+MONTURE

VERRES PROGRESSIFS

*Majlisin Laurence
N° 4 rue de la Beldi
Marrakech
Tel: 05 24 05 57 33*



إقامة الحديقة الكبرى، زنقة ابن خلدون العمارقة الطالق الثاني رقم 11

Résidence Al Hadika al kobra, Rue Ibn Aïcha Imm C 2^{ème} étage N° 11

Guéliz -Marrakech -Tel :05 24 42 37 88/0610271020 -E-mail sanaanaciri@yahoo.fr