

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3260

Société :

AB3 US

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAILOUCH MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

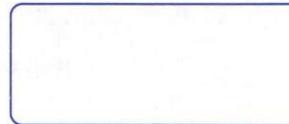
0665311621

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZAGECI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie:

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
D.O.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3260		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HARROUCH MOHAMMED			
Date de naissance : 14 SEPTEMBRE 1954			
Adresse : 219 VILLAGE PLAGE			
SIDI RAHAL			
Tél. :	06 66 31 16 21	Total des frais engagés : 1672,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/2023

Nom et prénom du malade : HARRACH ZAYED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anémopie + Ong Allergique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous le 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) :



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
23/05/23	Acte de Médecin	41	25000	INPE 071246557 INF : Dr. KBAI AKATRINA OPHTALMOLOGUE 1665, 16th Floor, 36th Floor, 16th

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL YOUSSEF Lot Yasmine-Charaf N°300 Tunis - 1009192	23/05/23	222,40
		072060288

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
EL MESLOUHI Oumaima Opticienne - Optométriste Lot. Charaf Al manar N° 406 - Marrakech Tél : +212 6 08 28 55 84	27/05/23	1	1	1	0	1.200 Dhs	
		Mme Mariluce explique					
		Deux verres correcteurs					
		Antireflets	Anti lumineux				
			bleu				

REQUETE FRAIS ET HONORAIRES																								
Le praticien est prié de préciser la nature et la qualité de 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"/>																				
ODF PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000		00000000		D		B		35533411	11433553		
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
00000000		00000000																						
D		B																						
35533411	11433553																							
		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"/>																						



- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte - Glaucome
- Oeil et diabète - voies lacrymales
- Echographie oculaire - Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار و الكبار
- جراحة الجلالة - المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري - المسالك الدمعية
- التصوير بالمواضيع فوق الصوتية - الليزر
- رخصة السياقة

23 mai 2023

Mr HAROUCH Zayed

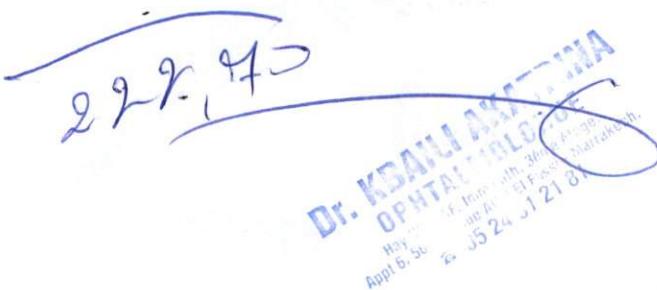


THEALOSE COLLYRE

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, pendant 3 Mois

ZALERG COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour , pendant 1 Mois



DR KBAILI AKATRINA
Chirurgien Ophtalmologue



- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte - Glaucome
- Oeil et diabète - voies lacrymales
- Echographie oculaire - Lasers
- Permis de conduire

الدكتورة القبائلي اكترينا
أخصائية في طب وجراحة العيون

- طب العيون للصغار و الكبار
- جراحة الجلالة - المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري - المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية - الليزر
- رخصة السياقة

23 mai 2023

Mr HAROUCH Zayed

Monture + verres correcteurs

Antireflets

*+ Achetée le 21/05/2023
Dr. KBAILI AKATRINA
Hay Charaf, Imm. Fath, 3ème étage, Appart. 6, 564 Avenue Allal El Fassi, Marrakech
05 24 31 21 81*

VL : OD = (- 0.25 à 180°)

OG = (- 0.25 à 20°)

*Dr. KBAILI AKATRINA
Opticienne - Optométriste
Lot. Charaf Al mähar N° 406 - Marrakech
Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi, Marrakech
05 24 31 21 81*

EL MESLOUHI Oumaima
Opticienne - Optométriste
Lot. Charaf Al mähar N° 406 - Marrakech
Tél : +212 6 08 28 55 84

Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi
(à côté de la banque Crédit du Maroc) - Marrakech.

05 24 31 21 81 kbailiakatrina@gmail.com

FACTURE

Code INPE: 075045823



CLIENT: HAROUCH ZAYED

DATE FACTURE : 27-05-2023

NUMERO : 0005/23

Désignation		Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	MONTURE OPTIQUE	1	500,00
OD	(-0.25,180°) VERRE CORRECTEUR ANTIREFLETS ANTI LUMIERE BLEUE	1	350,00
OG	(-0.25,20°) VERRE CORRECTEUR ANTIREFLETS ANTI LUMIERE BLEUE	1	350,00

Total HT	TVA 20%	Total TTC
1 000,00	200,00	1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **MILLE DEUX CENT DIRHAMS .TTC.**

EL MESLOUHI Oumaima
Opticienne - Optométriste
Lot. Charaf Al manar N° 406 - Marrakech
Tél : +212 6 08 28 55 84