

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

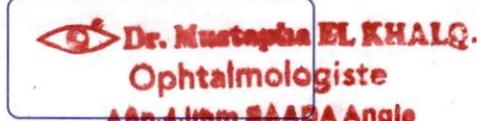
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	14.11	Société :	187045
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MR ZRAOULI THAMEED			
Date de naissance : 1-1-49			
Adresse : Rue Amir Abdellkader Ville Nouvelle Sefi			
Tél. :	0661328375	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	07 Octo 2023	Age :	74 ans
Nom et prénom du malade :	ZRAOULE	7 HAMED	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	AFFECTION	Oculiste	
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :			
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
07 Octo 2023	C2	2	300DH	Mustapha El Khadraoui & son fils Ophelia Moudjada Ameur & son fils Iman Khadraoui S.A.E

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
الحادي PHARMACIE N° Place de L'Indépendance 05 24 46 30 83	07/10/23	١١٤,٣٥

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTICAL AUDITION Opticien Optométriste Parc Plaza 1, Angle Yacoub El Mansour et Youssoufia, Avenue Hassan II, N°1 - Mohammedia Tél. : 03.47.10.10	5/12/23					7000 Dhs

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 PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mustapha El Khalqi

Spécialiste

Maladies et chirurgies des yeux



الدكتور المصطفى الخلفي
أخصائي في طب
و جراحة العيون

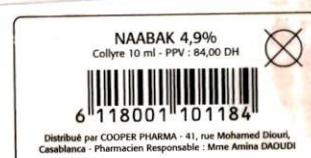
Safi, le: 07 Octo 2023

آسف، في:

PH/ 05
Tel: 3, Plat

ZRADOU
H. Hamed

84.00

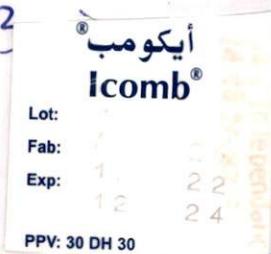


Ⓐ NAABAK (G)

30.30 ⌂ x 2

Ⓐ Icomb Ⓢ

× 1 more



15 ⌂

الصَّدْلِيَّةُ الْجَدِيدَةُ
PHARMACIE NOUVELLE
13, Place de L' Indépendance
Tel: 05 24 46 80 87-Safi



TEI:05 24 46 12 12

Dr. Mustapha EL KHALQI
Ophthalmologiste
App. 4 Imm SAADA Angle
A. Kennedy & Ibn Khaldoone SAFI



الشقة 4, عمارة السعادة, زاوية شارع كندي و ابن خلدون - آسفى

App4,Imm SAADA, Angle Avenue KENNEDY et IBN KHALDOUN - SAFI

OPTICAL AUDITION

Client: Mr ZRAOULI MHAMED

N° Facture: FZM68432312150400

Date: 15/12/2023

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	1000
VERRE OD Organique PRG ATR: +3.25 (-0.50 à 125.00) / ADD: +2.75	1	3000.00
VERRE OG Organique PRG ATR: +3.75 (-0.50 à 5) / ADD: +2.75	1	3000.00
HT		5833.33
TVA 20.00%		1166.67
TTC		7000.00

OPTICAL AUDITION
 Opticien Optométriste
 Parc Plaza1, Angle Yaacoub El Mansour
 et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammedia
 Tél:05.23.30.47.13

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

Dr. Mustapha El Khalqi

Spécialiste

Maladies et chirurgies des yeux



الدكتور المصطفى الخلفي
أخصائي في طب
و جراحة العيون

Safi, le: آسفى في :
07 Octo 2023

ZRAOULI
M Hamed

Vues progressif
Anti-reflets =

Vision de l'ort =

$$OD = (125^{\circ} - 0,40) + 3,25$$

$$OS = (5^{\circ} - 0,50) + 3,25$$

Vision de l'œil =

$$A-J-J \approx +2,25$$

+ monture

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza, Angle Yacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammedia
Tél: 05 23 30 47 13

Dr. Mustapha EL KHALQI
Ophtalmologiste
App. 4 Imm SAADA Angle
Mr. Kennedy & Ibn Khaldoun Safi



TEI:05 24 46 12 12



الشقة 4، عمارة السعادة، زاوية شارع كندي و ابن خلدون - آسفى

App. 4 Imm SAADA, Angle Avenue KENNEDY et IBN KHALDOUN - SAFI