

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.

395
270
F 45

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° W21-666378

187 258

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAMD

Date de naissance : 16.04.1952

Adresse : 103, RUE ALLABDELLAH - CASA

Tél. : 0661973497

Total des frais engagés : 645,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/12/2023

Nom et prénom du malade : Megzari A. Belfhamid

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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) :

Le : 01/12/2023

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
05/12/23			250	INP : 11433555 DENTALIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARMACIE HYPER SARL AU 25, Rue Ali Abderrazak Casablanca Tel: 05.22.94.45.30	01/12/23	395.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

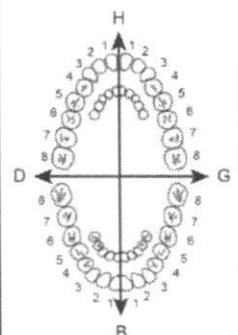
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

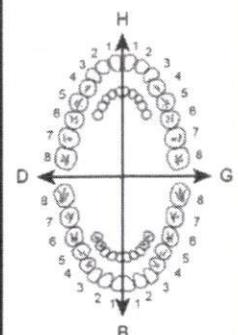
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'Ophtalmologie

Dr. MEGZARI Adil

Ophtalmologiste

Chirurgie de la cataracte - strabisme

Adaptation en lentilles de contact

Angiographie numérisée

Laser-OCT

Ex. Médecin à l'hôpital des Spécialités de Rabat

Diplômé en Imagerie Rétinienne (Paris)

Diplômé en Chirurgie Réfractive (Besançon)



الدكتور مكزارى عادل

أخصائى طب و جراحة العيون

جراحة الجلاة - حول العينين

العدسات اللاصقة

تصوير الأوعية المرقوم - الليزر

فحص الشبكية بالليزر

طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

شهادة جامعية في أمراض الشبكية (باريس، فرنسا)

شهادة جامعية في تصحيح النظر بالليزر (بوردو، فرنسا)



Megzari AB del Hamid

01/12/23



1) Aquaburm collyre
1gt 2fl 15 p 3 mois

125.00x2
2) Az opt collyre
1gt 2fl 15 p 3 mois

= 395.00

PHARMACIE HYPER SARL AU
25, Rue Ali Abderrazak
Casablanca
Tél: 05.22.94.45.30

ICE : 001659411000009 - INPE : 141170555

شارع علال بن عبد الله، قضاء رحاب فاس (قرب مقهى أسوان) عمارة د، الطابق الثاني ، الشقة 21 - فاس
Avenue Allal Ben Abdellah, Espace Rihib Fès (Près Café Assouan) Imm D, 2^{ème} Etage Appt 21 - Fès



Tél : 05 35 93 08 08
Tél whats app : 06 60 80 87 28
@ : ophtadil@hotmail.com

AZOPT® 10 mg/ml
collyre en suspension



AZOPT® 10 mg/ml
collyre en suspension



ACHAT ())

08/12/23
9900284879

17:14:04
92848701

PHARMACIE HYPER
Casablanca

A0000000031010

*****7828

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

MONTANT : 395,00 MAD

Num Transaction : 002

Num Autorisation : 251252

STAN : 000066

TICKET CLIENT

Aqualarm® Intensive UD أكوالرم™ إنتسيف أو.دي.

Date MFG / FAB تاريخ الصنع 2022-09
 تاريخ نهاية الصلاحية 2024-08
LOT رقم المخصصة H4122



4" 030571 004943