

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 10975

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GUERGAAI ICAMAL

Date de naissance : 25/07/1952

Adresse :

Tél. : 0668775488 Total des frais engagés : 3.950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور شارف الدين محمد فضل
Dr Charafeddine Mohamed fadel
ophthalmologiste أمراض العيون
INPE : 021174255
Tel. 05 20 31 31 30 Laâyoune

Date de consultation : 31/01/24

Nom et prénom du malade : EL GUERGAAI Mohamed Tahar Age : 19 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Myopie ASTIGMATISME

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 : Laâyoune

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/02/24



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
31-01-21	CS		250 dh's	Dr. Soltour Charafidine Mohamed Fachallogist INPE : 021174255 Date : 31/01/2021 Laasine

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 025016773 24 Novembre 1989 LAAYOUNE 529-20-899	07-02-24	3000,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

Dr Charafddine Mohamed Fadel
Ophtalmologist
Ex-médecin des hôpitaux de Séville-Espagne
Diplômé de la faculté de médecine Séville-Espagne
Membre de la Société Espagnole d'Ophtalmologie



الدكتور شرف الدين محمد فاضل
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
طبيب سابق بمستشفيات إسبانيا
دريج كلية الطب إشبيلية-إسبانيا
عضو بالجمعية الإسبانية لطب و جراحة العيون

Laâyoune; à: / / العيون، في

31 janvier 2024

Mr EL GUERGAAI Mohamed Taha

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = -1.50 (-2.50 à 175)

OG = -0.50 (-2.00 à 175)



RDV : الموعد

م杰ح محمد السادس (شارع السماراء)، عمارة رقم 346، الطابق الأول (أمام مستشفى الحسن الثاني). العيون
Bd. Mohamed VI (Essmara), Immeuble N. 346, 1^{er} étage (en face Hôpital Hassan II). Laayoune

الهاتف: 0528993130 واتساب: 0528993130

Contact@Drcharafddine.com

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné Dr. Mohamed fadel Charafddine,cértifie avoir reçu deux cent cinquante (250) Dirhams comme honoraires du consultation de :

EL GUERGAAI Mohamed Taha

Fait à Laayoune le 31-01-24

~~دكتور~~
Docteur Charafddine Mohamed fadel
أمراض وجراحات العيون
Ophtalmologiste
INPE : 021174255
Tel : 0528 95 31 30 Laâyoune

Amistad'optic
OPTICALIA

SARL

N°RC : 20197 / IF : 24835267 / N°TP : 77300213 / CNSS : 553565

NºICE: 001834774000069 / NºINPE: 025016775

**Nom et Prénom : EL GUERGAAI
MOHAMED TAHA**

Le : 07-02-2024

Facture N °015/24

Nom et Prénom : EL GUERGAAI MOHAMED TAHA		Facture N °015/24		
Le	: 07-02-2024			
Désignation	Qualité	PU	P.T	
Monture Optique	<input checked="" type="checkbox"/> * - métale <input type="checkbox"/> - Plastique	OPTIQUE	1600.00	<u>1600.00</u>
VL :		VERRES	700.00	
OD : -1.50 (-2.50 à 175)	UNIFOCaux	700.00	<u>1400.00</u>	
OG : -0.50 (-2.00 à 175)	ORGANIQUES	700.00		
	PHOTO GRIS			
	ANTILUMIERE			
	BLEU			
TOTAL		3000.00 DH		

Arrêter la présente facture à la somme de **Trois Mille Dirhams**

Tél : +212 528 990 899 / Email : clear.optic24@gmail.com / Adresse : Avenue 24 Novembre N°46 - LAAYOUNE

A blue ink stamp from 'Optic SARL' located at 'Avenue 24 N° 46 - LAAYOUNE'. The stamp includes the number '+212 520 990 899'. A black signature line is drawn across the stamp.