

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <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.

Déclaration de Maladie

N° W21-808177

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : 3295 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AATAR MED

Date de naissance : 01/11/1971

Adresse : HAY BOUOUNE RUE KEBAR VANT

Tél: 0658131926 Total des frais engagés : 1686,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin
Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTALMOLOGISTE

Cachet du médecin : Bd. Cheikh Saïdi N°133 Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 82 38 04 - 05 28 82 75 04

Date de consultation : 04 MARS 2024

Nom et prénom du malade : AATAR Mohamed Age : 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Glaucome

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) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ميدلية نوري Pharmacie NOURI Dr. Solid NOURI Route de Tiziout - Bd Hassan II Loul - Tel : 05 28 24 36 36	٢٠٢٤/٠٣/٢٢	١٤٣٦,٨٠

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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 Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prie 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																
	Dents Traitées	Nature des Soins	INP : <input type="checkbox"/>													
			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> </table>			H	25523412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	<hr/>	
		H	25523412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
G		<hr/>														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>																
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"/>																



جراحة الجلالة بالبدبات الصوتية Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

Mr AATAR Mohamed
Echographie

تصوير شرايين الشبكية Angiographie rétiniennne

التصوير المقطعي البصري
OCT

الليزر
Laser

طوبوغرافية القرنية Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

**تشخيص وعلاج جفاف العين
بالضوء النابض**

Jawad BEN MAHFOUD

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

الدكتور جواد بن محفوظ

أخصائي في طب وجراحة العيون

Agadir, le

04 mars 2024

1/ XOLAMOL COLLYRE

1 gtt 2 fois par jour (à 9h et 21h), dans les deux yeux, pendant 6 Mois

2/ VISMED GEL COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

1436,80

Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Cheikh Saadi N°133 Tâbortit Agadir
Tel: 05 26 38 30 04 - 45 26 82 75 04

A large blue ink stamp from the 'Chambre Syndicale de Pharmaciens de Nouri' (Nouri Pharmacists Syndicate) in Iraq. The stamp includes the name 'Dr. Sadiq Nouri', the address 'Bd Hassan II 28 24 36 - 5', and the expiration date '15.05.2024'. There is also a handwritten signature over the stamp.

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورجت أكادير (مصحة تيفاوت)
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir (Clinique Tifaoute)
Tél. : 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 - الهاتف : Fax: 05 28 84 71 84

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zouheir Iknou
El Aouan 20500 Casablanca
P.P.C: 196.00

لامول®
Xolamol

Lot: A L 0 1 2 4
Fab: 1 0 2 3
Exp: 1 0 2 5
P.P.V PPV : 103 DH 40

x12 ←
Old



Dr. Jawad BEN MAHFOUD

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

جراحة العدالة بالدبيبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

الفحص بالدبيبات الصوتية
Echographie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

التصوير المقطعي البصري
OCT

الليزر
Laser

طوبوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

تشخيص وعلاج جفاف العين
بالضوء النابض
Diagnostic de la sécheresse oculaire
et traitement à la lumière pulsée

الدكتور جواد بن محفوظ

**أخصائي في طب
وجريدة العيون**

Agadir, le

04/03/2024

NOTE D'HONORAIRES

ICE: 001651926000053

INPE: 041023979

Reçu du patient: Mr AATAR Mohamed la somme de 250 DH pour consultation spécialisée.

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de deux cent cinquante dirhams.

*Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Cheikh Saadi N°133 Talborjt Agadir
Tel: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04*

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورجت أكادير (مصحة تيفاونت)
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir (Clinique Tifaoute)
Tél.: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 - الهاتف : 05 28 84 71 84 - Fax : 05 28 84 71 84