

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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.

AS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mb: 7035
Déclaration de Maladie

N° P19-0044849

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7035

Société : Ret

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUMMAL LAHCEN

Date de naissance : 27/01/1961

Adresse : BLOC 01 N° 307 DEHAIRA EL JHADA

Tél. : 0666716970 Total des frais engagés : 2395,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : S. L. H. S. A. A. N. I. A Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : correction optique

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 : S

Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVÉ 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
03/09/20			250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03-09-20	145,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

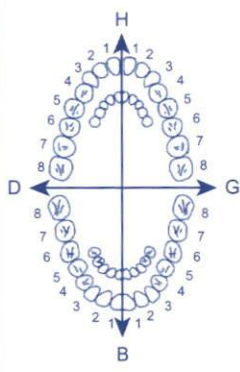
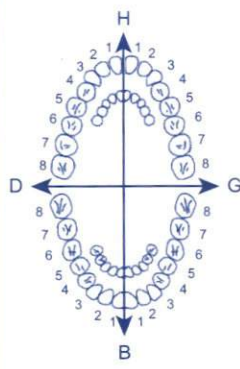
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03/09/20	4	Verre optique	1	Verre optique	250,00

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HOUAB
logie des Yeux

Marrakech
almologie

(sification)
rabologie

diatrique
Angiographie • Laser



الدكتورة حفيضة بغواب
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

- جراحة المياه البيضاء (الجلالة) و المياه الزرقاء
- ضغط العين • طب الحول • العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال • تصوير أوعية الشبكة و الليزر

Ordonnance

03 septembre 2020

Mme SOLHI Saadia

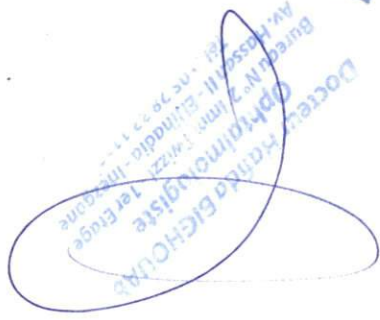
AQUALARM COLLYRE UP

1 goutte 3 fois par jour pd 3 mois

14500



INPE: 420236/1



مكتب رقم 2 عمارة تبوذي الطابق الأول شارع الحسن الثاني الجهادية إنزكان
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1^{er} Etage - Av. Hassan II - El Jhadiya - Inezgane
Tél . : 05 28 33 1112 - E-mail : hafida.bighouab@gmail.com

Docteur Hafida BIGHOUAB
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancienne Ophtalmologiste au CHU Med VI Marrakech
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



اللاكتورة حفيدة بغواب
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

- Chirurgie du Cataracte (Phacoemulsification)
- Glaucome (Tension Oculaire) • Strabologie
- Contactologie • Ophtalmologie Pédiatrique
- Angiographie • Laser

- جراحة المياه البيضاء (الجلالة) و المياه الزرقاء
- ضغط العين • طب الحول • العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال • تصوير أوعية الشبكة و البليزر

Ordonnance

03 septembre 2020

Mme SOLHI Saadia

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets multi-couches

VL :

OD = + 0.50 (- 0.75 à 103°)

OG = + 0.50 (- 0.75 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.25

préciser de faire un bon centrage

E.I.P 62 mm

AMANE OPTIQUE
Younes EDDILLALI
Opticien - Optométriste
Méd. N° 3 Rés. Amine V Av. Hassan II
El Jihadia - Inezgane
Tél : 05 28 33 1112 - 06 61 74 74 74

Docteur Hafida BIGHOUAB
Ophtalmologiste

Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1^{er} Etage
Av. Hassan II - El Jihadia - Inezgane
Tél : 05 28 33 1112



مكتب رقم 2 عمارة تيوزي الطابق الأول شارع الحسن الثاني الجهادية إنزكان
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1^{er} Etage - Av. Hassan II - El Jihadia - Inezgane
Tél. : 05 28 33 1112 - E-mail : hafida.bighouab@gmail.com

AMANE Optique

Adaptation de lentille de contact

Opticien - Optométriste

ICE : 001219298000075

INP : 45004132



Facture 0000115

El Jihadia, le 10/09/2020

M : SOLHI SAADIA

Quantité	Désignation	Prix
4	Vente opt'c INCESS Natieft Multi couche Natieft INVO OD +0,5 (-0,75 à -1,0) OC +0,3 (-0,75 à -1,0)	1200,00 ML
1	Multiopt'c	800,00 ML

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille deux cents

Net à payer : 2000,00 ML

T.V.A 20% incluse.

ES PTE

MAG. N° 3 RÉSIDENCE AMANE V, AV. HASSAN II - EL JIHADIA - INEZGANE - AGADIR

TÉL.: 05 28 83 33 51 - GSM: 06 64 04 74 64

T.P: 49719003 - I.F : 76233115 - RC: 28350