

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

MUPRAS : 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

61518

Déclaration de Maladie : N° P19-0003645

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01197

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

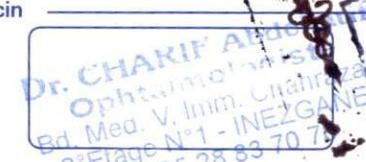
Nom & Prénom : NOUMEIR Zehra Date de naissance : 01/01/1938

Adresse : N° 33 rue S35 Fnal Bourguane

Tél. : 0661361780 Total des frais engagés : 190000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Noumeir Zehra Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Vice de l'œil

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 : 01/03/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08.02.2021 | 21. c.s | | 200 + 100 | DR. M. ABDALLAH AL-SAYYID DENTISTE TÉL: 0528 83 70 70 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| NP : 04205439 الرقم الخاص مع المخزن الوطني للمédicaments 0528 22 14 68 | 08.02.2021 | 20.5,60 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | 18/02/21 | | | | | # 800,00 DT |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

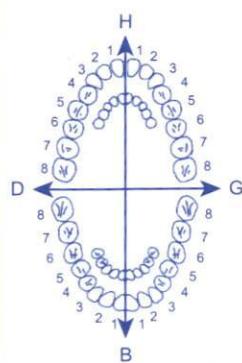
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | 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 |

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة أمراض وجراحة العيون
CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

Dr CHARIF
Optician

6105118

2022
2020
2021



Zalerg 0,25 mg/ml
زالرغ 0,25 مغ/مل

ezgane, le 11 Février 2021
إنزكان في

75,70

- Zalerg
1 goutte

{ Matin 8H
Soir 20H

129

129,90
Ocularm 0.15%
1 goutte x 4 par jour



205,60



الأمام الجليل
د. عزيز بن الحسين فطحي الزهراني
الطب العام والجراحي
الطب العام والجراحي
05 28 22 14 68
05 28 83 70 70

شارع محمد الخامس / عمارة شهرزاد الطابق الثاني رقم 1 - إنزكان
Bd. Mohamed V - 2ème étage - N° 1 (en face de la poste) - Inezgane
الهاتف : 05 28 83 70 70



Dr CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste

عيادة أمراض وجراحة العيون

CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

6105118

Inezgane, le

١٩ فئران ٢٠١٧

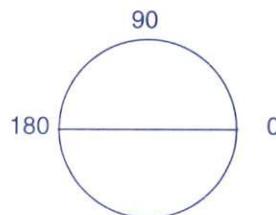
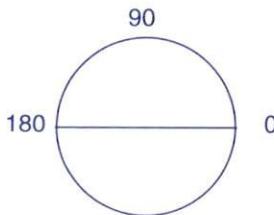
Lunettes pour M Maillen Zohra

OD

-0,50 (-1 à 10°)
+5

OG

+2 (-2 à 35°)
+5



Verres :

Monture :

E.I.P.:

Dr. CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste
Bd. Mohamed V - Immeuble Chahrazad
2^e Etage - N°1 - INEZGANE
Tél.: 05 28 83 70 70

شارع محمد الخامس (عمارة شهزاد) الطابق الثاني رقم 1 - إنزيغان
Bd. Mohamed V - 2^{ème} étage - N°1 (en face de la poste) - Inezgane
الهاتف : 05 28 83 70 70



OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

FACTURE

Date : 18/02/2021

Numéro: 210028

CLIENT: ZAHRA NOUMER

| Article | Désignation | Qté | Prix TTC |
|---|-------------|-----|---------------|
| <u>LOIN:</u> | | | |
| MONTURE | | 0 | 0,00 |
| VD | ORG.PHG.AR | 1 | 300,00 |
| VG | ORG.PHG.AR | 1 | 300,00 |
| <u>PRES:</u> | | | |
| MONTURE | | 0 | 0,00 |
| VD | ORG.BLANC | 1 | 100,00 |
| VG | ORG.BLANC | 1 | 100,00 |
| <u>CORRECTION VISUELLE:</u> | | | |
| <u>Dr. CHARIF ABDELLATIF</u> | | | |
| LOIN : OD:-0.50(-1.00,110°) OG:+2.00(-2.00,35°) | | | |
| PRES: OD: OG: | | | |
| ADD : OD:+5.00 OG:+5.00 | | | |
| Net à payer TTC Dont TVA 20%: | | | 800,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de: **HUIT CENT DIRHAMS .TTC.**

Signé:

Line Optique
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
540 N°28 Erc Bouargane AGADIR
Tél: +212 6 89 19 65 99