

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8062

Société :

Royal AIR Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BISTARINE Ahmed

Date de naissance :

01/01/1962

Adresse :

Rue 15 Août 6 ERAC INLEGANE AGADIR

Tél. :

0668324698

Total des frais engagés :

2270,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/10/2021

Nom et prénom du malade :

BISTARINE EL MEHDY

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation

Ophtalmologique

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 : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/10/2021

Signature : H/

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
27/07/2021	C		250,00	INP : 04 N 74885 Dr. SOUFI. G. Ophthalmologiste Imm. Tifaouine, Bloc E2, Etage 1 ^e Ang. de Moukaouala, Rue Dizi Zizi 06 28 84 20 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DRM 111 273A 4 BOLAC 111 273A 4 eg City Dakar Afrique	07.04.2021	20.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
N° 4. OPTIQUE 2020 Q.1 Place des Taxis, Imm. Zouhour Agadir - Tél: 05.28.82.35.12 GSM: 06.75.30.9930 Patente: 48123279 - I.F. 76754598 CPMS: 2388493 - R.C. 41572 014850160000099 15575	07/04/2021					2 000,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



OPTIQUE 2020

Opticien - Optométriste
N° 4.Imm. Zouhour. Place des Taxis. Q.I. AGADIR
Prés de la poste de police - Tél.: 05 28 82 35 12
Patente : 48123279 - I.F. 76754538
R.C : 41572 - ICE : 001685016000090

Facture N°

0002326

Aqadir le :

071041202n

Nom : BISIARINE Prenom : El mehdi
Médecin : SouFi Ghizlane.

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Portée la Présente Facture à la Somme de Deux Milles
Dinhams

Dr SOUFI Ghizlane

Ophtalmologiste

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancienne interne au CHU de Rabat - Salé

Ancienne interne au CHNO des XV-XX Paris

الدكتورة غزلان الصوفي

أخصائية في طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى XV-XX بباريس

07 Avril 2021

Mr. BISTARINE Elmehdi

Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Organiques Antireflets multi-couches

OD = + 0.25

OG = + 0.25



Bd Moukaouama ang .rue Oued Ziz, Résidence Tifaouine

Bloc E2 4ème Etg, Appt n°4. Q.I-AGADIR

E - mail : drsooui.g@gmail.com

Tél : 05 28 84 20 32

شارع المقاومة وشارع واد زير إقامة تيفاوين. عمارة 2

الطابق 4، الشقة 4، الحي الصناعي، أكادير

البريد الإلكتروني : drsooui.g@gmail.com

الهاتف : 05 28 84 20 32

Dr SOUFI Ghizlane

Ophthalmologiste

Diplomée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancienne interne au CHU de Rabat - Salé

Ancienne interne au CHNO des XV-XX Paris

الدكتورة غزلان الصوفي

أخصائية في طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى XV-XX بباريس

07 Avril 2021

Mr. BISTARINE Elmehdi

1/ BLEFARETTE X

(imbibées d'eau tiède) faire massage des paupières ,1 fois par jour, pendant 10 minutes, les deux yeux, 21 jours

2/ FRAKIDEX POMMADE OPHTALMIQUE

1 app par jours dans l'œil droit et sur le bouton , œil gauche, 15 jours

