

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

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

cique :

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.

ntaire :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0051980

NDI: 87733

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7181 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962 Catégorie :

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N° 02 HAY TILILA AGADIR

Tél. : 0667122441 Total des frais engagés : 1050,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2021

Nom et prénom du malade : IMAKOR BRAHIM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/09/2021 | C | 5 | 2500 |  Docteur DRIOUICHE Sait Ophthalmologiste Imm. Ilyigh A1 (en face Imp. Gendarmerie) App. 302 Av. Moulay Ismail Hay Ennabha - Agadir - Tel : 05 28 826 867 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 24/09/2021 | 800 DH |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

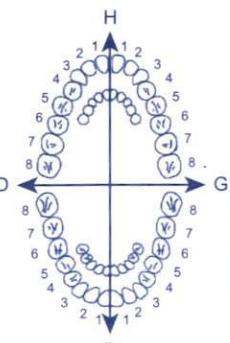
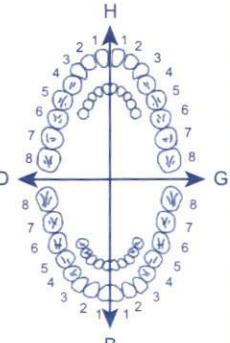
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|-------|--|---|----------|----------|----------|-------|--|---|----------|----------|----------|----------------------|
|  | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">H</td> <td style="width: 25%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | <hr/> | | D | 00000000 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | B | 35533411 | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur DRIOUICHE Said
Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux
Ancien Ophthalmologiste à l'hôpital Hassan II Agadir
Diplômé de Chirurgie Vitré-Rétine de Bordeaux

Cataracte par phacoémulsification
Glaucome - Strabisme - Voies Lacrymales
Angiographie - Laser - Lentilles de contact



الدكتور ادرويش سعيد
اختصاصي في طب و جراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة العيون بمستشفى الحسن الثاني بأكادير
билوم جراحة الشبكية من بوردو - فرنسا

المالة باللوجات فوق الصوتية - الزرق - مسالك الدموع
الحول - الليزر - تصوير الشبكية
العدسات اللاصقة

Agadir, le 21/9/21 أكادير في

M^{me} IMAKOR Aya

C) u

D : - 1,50 (→ 25° - 165)

D : - 1,75 (→ 25° - 135)



ORDONNANCE

JCE: 001636037000025

, Le : 21/09/2021

IMAKOR AYA

Consultation (8)
=
250,00 DHS

Demande certificat de décès

الدكتور ادريوش سعيد
Docteur DRIOUICHE Said
Ophthalmologiste
Bn. Illigh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App.302

HABIB OPTIC.
44B Avenue Mehdi Ben Berka
Riad Salam AGADIR
Tél : 0528-21-06-88
Patente : 67598097 / RC. 48432



COMPTE : BMCE HASSAN 1^{ER} AGADIR
011.010.0000.06.210.00.01691.04

ICE 001568018000037

IF :75766192

FACTURE 2082021

24/09/2021

POUR :IMAKOR AYA

| <u>Désignation</u> | | <u>Prix TTC</u> |
|--------------------|---|-----------------|
| <u>Monture</u> | OPTIQUE | 400 DH |
| <u>verres</u> | ORAGANIQUES OD= -1.50(-0.25 165) OG= -1.75(-0.25 175) | 400 DH |

TOTAL : 800 DH.

Arrête cette présente facture à la somme de : Huit cent Dirhams.

Signé:

OPTICIEN OPTOMETRISTE
ICE : 001568018000037
REGULÉ PAR LA CHAM