

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

- 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

N° W19-504527

93059

croire

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e) 1479			
Matricule :	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	CHAOUKI OMAR
Nom & Prénom : CHAOUKI OMAR			
Date de naissance : 1950			
Adresse : BP. 5558 QUARTIER INDUSTRIEL AGADIR 80000			
Tél. : 0666920367		Total des frais engagés : 1734,80	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : M'SAHZI RABIA Age : 69			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Réfraction			
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'adhérent			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **AGADIR**

Le : **09/11/2021**

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-504527

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **1479**

Nom de l'adhérent(e) : **CHAOUKI OMAR**

Total des frais engagés : **1734,80**

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
14/10/21	S		300	INP : 04M89743
				Dr. TARIK EL HASSAN - 14/10/2021 04-01-2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie SARA 299 Bloc H Cité Al Houda AGADIR 05 22 32 08 73 / 07 62 55 55 54	14/10/2021	234,83

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
SSMA OPTIQUE Opticienne Optométriste Souharaf Messoudra Av. Molley Ali Sidi Atelier Tariqat Intzegane-Tel: 05 28 83 87 03 0192075/Patente: 493.47800/CNSS: 9172205	03/11/2021	2	2	2	2	1200,00 DH

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <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														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, 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"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Tarik Khalrouk

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور طارق خلوة

اختصاصي في طب وجراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

Chirurgie de la Cataracte, Glaucome, (Tension Oculaire), voies Lacrymales Laser, Lentilles de Contact, Strabisme, Angiographie Maladies et Imagerie de la Rétine, Rétinopathie Diabétique

جراحة العين (الجلالة)، العياء الزرقاء (ضفت العين)، مسالك الماء العين، العدسات اللاصقة، طب العين، أمراض و صور الشبكية أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Agadir, le :

14 octobre 2021



Mme MSAHLI Rabia

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques Antireflets

VL :

OD = + 4.75 (- 0.75 à 90°)

OG = + 4.50 (- 1.50 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.75

40,70

1/ OPATANOL COLLYRE



144,10

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

2/ VISMED COLLYRE 10ML



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

234,80

Dr. TARIK KHALLOUK
Ophthal. Optiste
Avenue Hassan I Borj Al Hikma N°7
AGADIR - Tél: 05 28 22 32 32

Docteur Tarik Khalrouk

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور طارق خلوة

اختصاصي في طب وجراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)، المياه الزرقاء (ضغط العين)، مسالك المموج
الليزر، العدسات اللاصقة، طب العين، أمراض وتصور المباكيه
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Chirurgie de la Cataracte, Glaucome, (Tension Oculaire), voies Lacrymales
Laser, Lentilles de Contact, Strabisme, Angiographie Maladies et Imagerie
de la Rétine, Rétinopathie Diabétique

Agadir, le :

15/11/2021

Mme MSAHLI Rabia

NOTE D'HONORAIRE

Honoraires 300 dh pour Dr Khalrouk Tarik pour consultation

+ Fond d'oeil

Arreter la présente note d'honoraires à la somme de trois cent
dirhams

Dr. TARIK KHALLOUK
Ophtalmologiste
N°7
Avenue Hassan I Borj Al Hikma
Agadir - Tel: 05 28 22 32 32



Facture n° 0850

Date : 09/11/2021

Nom du Client : MAHLI RABIA

	Correction			
	SPH	CYL	AXE	ADD
O.D LOIN	4,75	-0,75	90	2,75
O.G LOIN	4,5	-1,5	85	2,75

Catégorie	Désignation	Unité	Prix Unitaire (en DHS)	Montant TTC (en DHS)
VERRE (vision de loin)	ORG 1,61 AR	2	400,00	800,00
VERRE (vision de près)	ORG 1,56 BL	2	200,00	400,00
Monture	OPTIQUE			
			Total TTC	1200,00
			Total HT	1000,00
			TVA (20%)	200,00

ARRETÉE LA PRÉSENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE À LA SOMME DE :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Le règlement de la facture effectué :en espèces

ASSMA OPTIQUE
Opticienne Optométriste
5 Jaouharat Massdoura Av. Moulay Ali Cherif
Quartier Tarrast Inezgane. Tel: 05 28 83 87 33
IF: 40192076 / Patente: 49347800 / CNSS: 9152505
RC: 34592 / ICE: 000425745000064 / INPE: 045003605

: 5, Jaouharat Massdoura, Av. Moulay Ali Cherif, Quartier Tarrast – INEZGANE –

: 05.28.83.87.33 / @ : assmaoptic@gmail.com / RC : 34592 / Patente : 49347800

IF : 40192076 / ICE : 000425745000064 / INPE : 045003605 / CNSS : 9152505