

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.

N° W21-680062

Par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3153</u>	Société : <u>ROYAL AIR MAROC</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>106813</u>
Nom & Prénom : <u>TAIR ALI</u>			
Date de naissance : <u>1952</u>			
Adresse : <u>CH TOUKA AIT BAA BELFAA</u>			
Tél. : <u>066814 0795</u>	Total des frais engagés : <u>360,70</u> Dhs		

Autorisation CNCDP N° : A.2.215/2C10	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  CLINIQUE TIFAOUTE DR. BEN MAHOUJ Jawad OPHTHALMOLOGISTE Bd. Cheikh Sidi El Mekki 12 Horjat Agadir Tél: 05 28 36 36 04 - 05 28 82 75 04 <u>061023477</u> <u>06e063166</u>		
	Date de consultation :	<u>17/01/2012</u>	
	Nom et prénom du malade :	<u>ABDELLAH ALI</u>	
	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
	Nature de la maladie :	<u>glaucome</u>	
	Age: <u>70</u>		
	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) : ALI Le : 17.01.2012

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17 JAN 2022			2500 DT	INP : 06/10/2022 CLINIQUE TFAOUTE DE BEN MAMOUN JAWAD OPTICIEN OPHTALMOLOGISTE Jawad Talbotit Agadir 28 82 75 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.01.2022	110,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que les résultats de la radiographie de la racine.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	P.P.V : 110 DH 70	
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					
$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
<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 <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE TIFAOUTE

Ophtalmologie

طبيوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

الليزر
Laser

التصوير المقطعي البصري
OCT

الفحص بالصدى
Echographie

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

جراحة الجلالة بالدبابس الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

05 28 38 38 04
05 28 82 75 04
05 28 84 25 24
05 28 84 71 84

Bd. Cheikh Saadi
N° 133 - Extension -X-
Talborjt - Agadir

مصحة تيفاوت

طب العيون

Agadir, le

17 janvier 2022

Mr. JDAIR ALI

MO, 7

S.V.

1/ XOLAMOL COLLYRE

1 gtt 2 fois par jour (à 9h et 21h), dans l'œil droit

DR. JDAIR ALI TIFIATIK
N° 133 Talborjt Agadir
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

CLINIQUE TIFAOUTE
Dr. Brahim JDAIR Jawad
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Cheikh Saadi N° 133 Talborjt Agadir
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04



طوبوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

الليزر
Laser

التصوير المقطعي البصري
OCT

الفحص بالصدى
Echographie

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

جراحة الجلالة بالدبدبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

05 28 38 38 04
05 28 82 75 04
05 28 84 25 24
05 28 84 71 84

Bd. Cheikh Saadi
N° 133 - Extension -X-
Talborjt - Agadir

CLINIQUE TIFAOUTE

Ophtalmologie

Agadir, le
17 JAN. 2022

NOTE D'HONORAIRE

ICE : 001651926000053

IF : 75765978

Reçu de Mr. JDAIR ALI la somme de 250 dh pour
consultation ophtalmologique.

Arrêter la présente note d'honoraire à la somme de
deux cent cinquante dh.

CLINIQUE TIFAOUTE
Dr. BEN JDAIR ALI
Bd. OPHTALMOLOGISTE
Talborjt - Agadir
Tel: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

مصحة تيفاوت

طب العيون