

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

- 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° W19-471992

148156

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1018166225

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ADOUHAY MAMA

Date de naissance : 30/06/1965

Adresse : HAY MY ABDELLAH Rue 189 N.R. 14 A/C

Tél. : 0666926306

Dentaire

Société : RAM

Optique

Autres

VEUVE PENSIONNÉE

Total des frais engagés : 2539,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/10/2010

Nom et prénom du malade : ADOUHAY MAMA Age : 56 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Correction optique

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 : / /

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
2010/01/22	Co		250,00	INP : <u>DR. JAWAD BEN MAHFOUZ</u> INP : 041023979

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HACHACH BLOC 2 N° 108 Cité P.M. Tél: 05 28 22 21 07 AGADIR	11/05/22	89.00

ANALYSES - RADICGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	19.05.22					2200,-

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
				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



Dr. Jawad BEN MAHFOUD

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

جراحة الجلاة بالدبدبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

تفحص بالدبدبات الصوتية
Echographie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

التصوير المقطعي البصري
OCT

الليزر
Laser

طوبوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

تشخيص وعلاج جفاف العين
بالضوء النابض

Diagnostic de la sécheresse oculaire
et traitement à la lumière pulsée

الدكتور جواد بن محفوظ

**أخصائي في طب
وجراحة العيون**

Agadir, le

11 mai 2022

Mme ADOUHAY MAMA

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

VL : OD = + 1.00 (- 1.50 à 40°)

OG = + 1.50 (- 1.75 à 140°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50

8/5
1/ VISIONLUX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois, dans les deux yeux



PHARMACIE IHCHACH
Bloc 2 N° 108 Chté P.H.
Tél: 05 28 22 21 07
AGADIR

Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTALMOLOGIST
Bd. Cheikh Saadi N° 133 Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورjt أكادير (مصحة تيفاوت)
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir (Clinique Tifaoute)
Tél.: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 : الهاتف - Fax: 05 28 84 71 84
الفاكس :

SARAH OPTIQUE
sarahoptique@gmail.com

8 rue oued elmakhazin cite nahda Agadir
80000 Maroc
Tél: 0528 821898
Fax: 0528 821898
N° ID : PATENT:49202575



Mme MAMA ADOUHAY

FACTURE CLIENT N° : F22/1048

Date : 19/05/2022

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **ADOUHAY MAMA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur : **JAWAD BEN MAHFOUD**
ID :

En date du : 11/05/2022

Corrections :

VL D. Sph: +1.00 Cyl: -1.50 Axe: 40° Add: +2.50
VL G. Sph: +1.50 Cyl: -1.75 Axe: 140° Add: +2.50
VP D. Sph: +3.50 Cyl: -1.50 Axe: 40°
VP G. Sph: +4.00 Cyl: -1.75 Axe: 140°

Libellé	Prix facturé	Code TIPS	Base	Rembt. 65%	Compl.	Assuré
PROGRESSIF PHTOGRIS ANTIREFLET	900.00					900.00
PROGRESSIF PHTOGRIS ANTIREFLET	900.00					900.00
MONTURE	400.00					400.00
TOTAL	2200.00					2200.00
NET A PAYER par l'assuré	2200.00					

Mentions légales