

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.

MUPRAS : Centre Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Hart - Casablanca 20000 - Tél. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-474868

119739

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : M418	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Boujdou FATMA
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 31/12/1973			
Adresse : 209, Extension Al Fidria 1 Cité Nakhl - Agadir			
Tél. : 0663 618485 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : RAMON RHITA Age : 11 mois			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Travale de reflet			
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 : **10/06/2022** Le : **10/06/2022**

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
10/06/98	Ophtalmie	2.000	2.000	INP : <i>DR. ROUAFI</i> Dr. Optométriste Nesca 1001 AGADIR Tél. 0528 29 97 64 - Fax: 0528 29 97 64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL MOURADI Av. M. Hassar 1er N° 5 El Moudha - AGADIR Tel/Fax: 0528 29 97 64	10/05/98	Alg. 60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIMALL	08/06/98					1300,-DH
Opticienne - Optométriste						
81 Rue Président Bélaya Tildi - Q1						
AGADIR (Côte Pharamacie Chaâbi)						
Tel/Fax: 05 28 82 81 80						

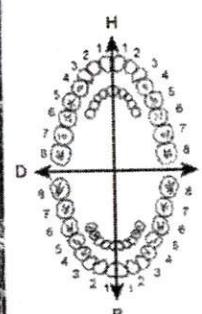
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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"/>
				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"/>

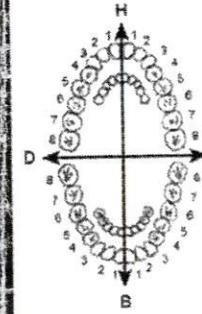


ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21432552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Souad Rqibate

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

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



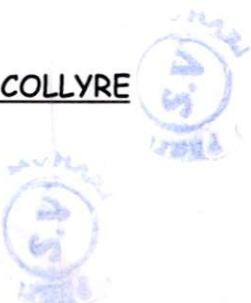
Agadir, le :

Agadir Le : 10 mai 2022

Enf. RAMIM Rhita Yahdiha

54.10

LARMABAK 90 MG COLLYRE



Pharmacie EL.MGHARI
Av. My Hassar 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
Tél: 0528 29 97 64 - Tel/Fax: 0528 23 97 65

1 goutte x4 / jour

75.30
ZALERG COLLYRE

1 goutte x 2 par jour

Traitements pendant : 1 Mois , dans les deux yeux

Pharmacie EL.MGHARI
Av. My Hassar 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
Tél: 0528 29 97 64 - Tel/Fax: 0528 23 97 65

129.80

Dr. S. RQIBATE
Oculistophthalmologist
Av. Hassan I Imm. Taiba 2^{ème} Etage N°8 Al massira - Agadir
Tél: 05 28 22 32 32 / 05 28 82 86 83 - Email : souadrqibate@gmail.com

شارع الحسن الأول برج الحكمة الطابق 2 رقم 7 - عمارة طيبة الطابق الثاني رقم 8 حي المسيرة - أكادير

Av. Hassan I Borj Al Hikma 2^{ème} Etage N°7 - Imm Taiba 2^{ème} Etage N°8 Al massira - Agadir

Tél : 05 28 22 32 32 / 05 28 82 86 83 - Email : souadrqibate@gmail.com

Docteur Souad Rqibate

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتورة سعاد الرقيبات

اختصاصية في طب وجراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)، المياه الزرقاء (ضفت العين)، مالك المموج
للليزر، العدسات اللاصقة، طب المحلول، أمراض و تصوير الشبكية
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 :

Agadir Le : 10 mai 2022

Enf. RAMIM Rhita Yahdiha

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 2.00 (- 1.00 à 130°)

OG = - 1.50 (- 1.00 à 165°)



Ste OPTI-MALL**I.F : 14448725**

N°2, RUE PRESIDENT BEKKAY TILDI- Q.I- AGADIR

80000 Agadir

Tél: 05 28 82 81 80

Fax: 0528 82 81 80

N° ID : 48148438

RHITA YAHDIHA RAMIM

FACTURE N° : F22/0329

Date : 08/06/2022

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
MONTURE	1	600.00	600.00	20.0
VERRE ORGANIQUE AMINCI ANDTI LUMIER BLEU	1			
OD : -2.00 (-1.00 a 130°)	1	350.00	350.00	20.0
OG : -1.50 (-1.00 a 165°)	1	350.00	350.00	20.0
Total	4		1300.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1083.33	216.67	1300.00		1300.00 Dh

OPTI MALL
 Opticienne - Optométriste
 N°2, Rue Président Bekkay Tildi - Q.I
 AGADIR Côte Pharmacie Chaâb
 Tél/Fax: 05 28 82 81 80