

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.

Matricule : 9995 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.68.21.00 Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from a front-on perspective. The teeth are arranged in two rows: upper and lower. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing specific dental positions or landmarks. The numbers are placed as follows: upper arch teeth 1 through 8; lower arch teeth 1 through 8; upper arch teeth 1 through 8; lower arch teeth 1 through 8. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, indicating orientation.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins
Veuillez fournir une facture

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 |
|--|----------------|--|--|-------------|
| | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | | | |
| Determination du coefficient masticatoire | | | | |
| | H | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VOLET ADHERENT | | NOM _____ Mme _____ | | |
| DECLARATION N° | | W18-380044 | | |
| Date de Dépot | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | | |
| Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois | | | | |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | | |

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme 9995 .

Nom & Prénom MRABI, mireya

Fonction RETRAITE Phone 0661682100

Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age _____ Date _____

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

consultation

250 dh

Signature et
Date 27/10/2022
Dr. M. CHAFIK
DENTISTE CHIRURGIEN
PHYSIOTHERAPEUTE

PHARMACIE Date 27/10/2022

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date _____

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date 10.08.2022

| AM | PC | IM | IV | Montant détaillé des Honoraires |
|--------------------------|----|----|----|---------------------------------|
| - Une monture métallique | | | | 4500 dt |
| - Deux Verres cémentés | | | | 4500 dt |
| TOTAL | | | | 9000 dt |

AFKER Mohamed N°39
Bus Hassan N°33 22.22
NADDA - Tel: 05 58 33 22 22

CACHET

DR. CHEMLAL Chafik

Ophtalmologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Rabat

Chirurgie de Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie des Strabismes

Chirurgie des Paupières et des Voies Lacrymales

Neuro-Ophthalmologie

Ophtalmologie Pédiatrique

Angiographie Rétinienne Numérisée Laser Argon

OTC



الدكتور شملال شفيق

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة المياه البيضاء الجلالة

جراحة العول

جراحة المساك الدمعية والخفون

أمراض العيون - العدسات اللاصقة

أمراض العيون عند الأطفال

تصوير أوعية العيون بالأشعة الليزر الرقمي

سكنان العيون

Nom : Nador, Le :

Ouiam MRABTI

le mercredi 27 juillet 2022

- Une Monture :

- Vision de LOIN :

OEIL DROIT : +0,50 (-4,75 à 180°)

OEIL GAUCHE : +0,50 (-4,00 à 180°)

Verres Traités Anti-Reflets

NADOUR OPTIQUE
AFIETER Mohamed
Rue Hassan II, Nador 22222
Tunisie

Dr. CHEMLAL - Chafik
Ophtalmologiste
Av. Youssef Ibn Tachafin 185 Sidi - NADOR
En face Pharmacie Ibn Sina
Tunisie

Gsm : 0661.29.68.44 - Tél : 0536.33.00.00

شارع يوسف ابن تاشفين، الطابق الثالث (أمام صيدلية ابن سينا) - الناظور
185, Av Youssef Ibn Tachafin, 3^{eme} étage (en face Pharmacie Ibn Sina) - NADOR
E-mail: cabinet.dr.chemlal@gmail.com

NADOR OPTIQUE بصریات الناظور

Bd. Hassan 1er N°39 -Nador
Tél: 05 36 33 22 22 - Gsm : 0649 251 252

شارع الحسن الأول رقم 39 الناظور
الهاتف: 0649 22 22 - 0536 33 252 - النقال: 251 252

Patente: 56114711
IF: 18804406
RC: 37286
ICE: 001745376000067

Client: Ouija m RA Bti **Nador, le** 10.07.2022

Nº 00148

| Quantité | Désignation | Prix Unite | Prix Total |
|----------|--|---|------------|
| 1 | Une monture: | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Métallique | 150DH | 150DH |
| | <input type="checkbox"/> Plastique | | |
| 2 | Deux verres correcteurs: | | |
| | <input type="checkbox"/> Simple foyer | | |
| | <input type="checkbox"/> Double foyer | | |
| | <input type="checkbox"/> Progressif | | |
| | <input type="checkbox"/> Minérale <input type="checkbox"/> Fort indice | <input type="checkbox"/> 1.7 Antireflet <input type="checkbox"/> 1.8 Antireflet <input type="checkbox"/> 1.9 Antireflet | 225DH |
| | <input type="checkbox"/> CR 39 <input checked="" type="checkbox"/> Antireflet | <input type="checkbox"/> 1.56 <input type="checkbox"/> 1.6 <input type="checkbox"/> 1.67 | 150DH |
| | <input type="checkbox"/> Polycarbonate <input type="checkbox"/> Photochromique | | |
| | LA LOU OPTIQUE AFKER Mohamed Rue Hassan 1er, N°39 NADOR - Tel: 05 36 33 22 22 Payé EN ESPACES | | |
| | LA LOU OPTIQUE AFKER Mohamed Rue Hassan 1er, N°39 NADOR - Tel: 05 36 33 22 22 | | |