

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.

126590

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	06402	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AKERZOUF DRISS			
Date de naissance : 09.02.1965			
Adresse : 55 RUE 11 LOT EL WAHDA 1 DERROUAT			
Tél. : 06 73 72 54 31 Total des frais engagés : 03330, Dhs			

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation : 08 Aout 2022</p> <p>Nom et prénom du malade : AKERZOUR</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Fils/mère</p> <p>Nature de la maladie : affection</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>	<p>Age: 57</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Fils/mère</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Le : 08.08.2022</p>
--	---

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 : NOVATEK

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08.08.2022

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
08 Aout 2022			200.00 DH	INP : 0428514 Dr. BAKKAL RACHID Spécialiste en Optométrie et Ornithologie

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date	Montant de la Facture
09.08.2022	3000,00 DT
08.08.22	130,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

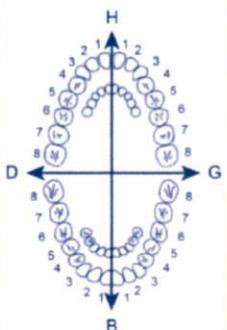
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

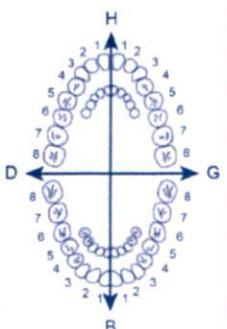
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553
B	G

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophthalmologist

Diplomée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucoma - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء [الجلالة]
جراحة العياء البصري [الجلالة]
القرنية المخروطية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية

ORDONNANCE

08 août 2022

Mr. AKERZOUUL Driss

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques

VL : OD = + 1.00 (- 0.50 à 65°)

OG = + 1.00 (- 0.25 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.00

Dr. ELBAKKAL R.
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhlof
Casablanca - Tél: +212 0522 03 11 11



تجزئة نبيلة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني -

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

**OPTICIEN OPTOMETRISTE**

RC 12511

Patente 55800520

IF 33661644

ICE 002217544000047

N° 139 COOPERATIVE EL WAFA 2

DEROUA BERRECHID

GSM : +212 (0) 6 69 34 95 83

GSM : +212 (0) 6 68 58 75 87

mail AMGvision@hotmail.com

Casablanca le: 09-08-2022

Facture n°233/2022

Docteur:

RACHA EL BONKAL

Client: AKERZOU L DRISS

DÉSIGNATION	Quantité	Total TTC
VL		
OD:sph +1,00 cyl -0,50 axe 65°		
OG:sph +1,00 cyl -0,25 axe 85°		
ADD +2,00		
VP		
OD:sph cyl axe		
OG:sph cyl axe		
Monture Plastique		
Verres Organique Progressif traité		
PRIX TOTAL		3000,00 DH

Arrêté le présent devis à la somme de:

Trois Mille DH



Diplomée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucoma - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون
حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء
جراحة العيام البينية [الجلالة]
القرنية المخروطية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية

ORDONNANCE

08 août 2022

Mr. AKERZOUUL Driss

130.00
HYFRESH



1 goutte 3 fois et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1 mois

PHARMACIE ELFAIZ
N°50 Lot Khadija 2 Derouan
Tel: 0522515869
INPE: 062071030

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Specialist.
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila Makhlof
Casablanca - Tel: 05 22 03