

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.

Nº M21- 042987

Optique **130391** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11777**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAOUZI

BARAKATE

Date de naissance :

18 Déc. 1973.

V.N.

Agadir

Adresse :

IMN. H2 N°32

Tél. : **(+212) 78 90 80 30** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **31/08/2022**

Nom et prénom du malade : **AMAL MOUSSAID** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **complète 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 : **Agadir**

Signature de l'adhérent(e) :



MUPRAS
ACCUEIL

R. BOUZACHANE

Le : 21 SEP. 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
31/08/2011	Actes			 Dr. EL IBRAHIMI Ophthalmo CHR Souelmin

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/03/2022					2200,00 DH

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D structure with a vertical axis. The top vertex is labeled 'H'. The bottom vertex is labeled 'G'. A horizontal axis to the left is labeled 'D'. The structure consists of several layers of nodes, with labels 1 through 8 placed around the perimeter of the top and bottom layers.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET SACHETÉ PAR PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Ministère de la Santé
Direction Régionale de la Santé
Région Guelmim Oued Noun
électuation Provinciale de la Santé
Hôpital Régional de Guelmim



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المديرية الجهوية للصحة
 جهة كلميم وادنون
لمندوبية الإقليمية للصحة
مستشفى الجهوي بگلميم

31/08/2021

ORDONNANCE

Dr. ELIBKARIMI fatima
Opticien Optométriste
CHR Guelmim

AMAL

OD + 2,50

OU + 2,50

Lunettes pour VL

~~Sam Optic~~
Opticien - Optométriste - Contactologue
Av. Amir Abdessadek Al Massira Agadir
Tél: 05.25.32.34.37 / 06.96.07.33.45

Dr. ELIBKARIMI fatima
Opticien Optométriste
CHR Guelmim
Tél: 05.25.32.34.35



DATE:01/09/2022

NOM: MOUSSAID
prénom : AMAL



FACTURE n° 379/2022

Description	Prix unitaire	Nombre	TOTAL
Monture	800	1	800
verre org anti-lumière bleu ENERGY BLEU OD:+2.50	700	1	700
verre org anti-lumière bleu ENERGY BLEU OG:+2.50	700	1	700
TOTAL DH			

HT	TVA DH	TOTAL TTC DH
1833.33333	366.6667	2200

MODE DE PAIEMENT
ESPECES

Sam Optic #32 Av Amir Abdelkader Cité Massira 80050 Agadir Tel: 00212 696 073-345
RC:72950 Patente 48102718 ICE:002382366000019 IF:39438393