

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 10602 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOLHADDA HAMID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 059563701 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/12/22

Nom et prénom du malade : BOLHADDA HAMID Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : mal de nez

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-057648

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
24/07/2022		C	200.000	DR. OUMAR BAYE Fatim Ezeh OPHTALMOLOGISTE Email : docteurbaye@wanadoo.fr Téléphone : +222 52 20 04 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. YOUSSEF MACIE 2000 Dr. Youssef Macie Boulevard Hassan II Marrakech Tél: 05 24 53 62 80 Fax: 05 24 53 62 80 E-mail: ymacie@wanadoo.fr</i>	<i>24-12-2002</i>	<i>204.00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	11/10/13					22.000,00

VOLET ADHERENT

343750

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

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

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



24/12/2022

H Boulafta Hamid

79,00

①

Pare



lode

regale en ja 3 uers

125,00

②

Xlal

③

200

regale 3x f x 3 uers

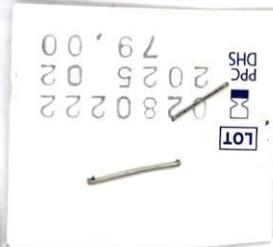
PHARMACIE 2000
KADIR ALLA ZINEB
Prés de la Mosquée Ouhoud
Boucheib Berrechid
Tél : 06 22 53 38 95 / 06 22 53 38 03 / 06 01 65 62 50
Adresse : Pharmacie KADIR ALLA ZINEB
Boucheib Berrechid
Rue : 22 Bd ... boulevard Véras de la Mosquée OHOUED
L'interne : Pharmacie_2000

204,00

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra
OPHTHALMOLOGISTE
APT05, 2^{me} Etage Melk Bouchaib , Berrechid, Maroc
Tél : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2^{me} Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com



FARMACEUT

PPC 125,00 DH

LOT 0480420
202004

PHARMACIE 2000
ZINEB
KADIR L. A. (L.A. CHOUFI)
Dr. Mohamed (Président)
22 Bd. Mohamed V
Berrechid
Tel : 05 22 53 36 05 / 06 01 65 62 50
Instagram : Pharmacie_2000

FACTURE

Date : 14/01/2023

CLIENT: HAMID BOUHADDA

Numéro: 4448152

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:			
MONTURE	OPTIQUE SILLOUETTE	1	1 000.00
VD	PROGRESSIF ADVANCE FREE LIGHT 1.6 GREEN +ENERGY	1	600.00
VG	PROGRESSIF ADVANCE FREE LIGHT 1.6 GREEN +ENERGY	1	600.00
	+ Anti reflet		
PRES:			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. FATIM EZOHRA BENOTMANE			
LOIN : OD:+0.25(-0.50,25°) OG:+0.50(-1.00,85°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+1.50 OG:+1.50			
Total TTC:		2 200.00	
Taux TVA:		20%	
Montant TVA		440.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAMS .TTC.**



Signé:

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

اختصاصية في
أمراض و جراحة العيون

24 décembre 2022

Mr. BOUHADDA Hamid

Monture + verres correcteurs progressifs

+ Antireflet

VL : OD = + 0.25 (- 0.50 à 25°)

OG = + 0.50 (- 1.00 à 85°)

VP : ODG = Add : + 1.50



DR. BENOTMANE Fatim Ezohra
OPHTHALMOLOGISTE
APT05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7, Benachid, Maroc
Tel: +212 5 22 03 54 35
E-mail: docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com