

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <i>MMY</i>	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <i>NHAILA KHALID</i>		
Date de naissance : <i>03/12/1974</i>		
Adresse : <i>Bn fia am AGADIR</i>		
Tél. : <i>1226626325</i>	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : 4-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<i>Dr. Tarik Al Hikma Ophthalmologiste Avenue hassan I Borj Al Hikma N° 7 AGADIR 22323</i>		
Date de consultation <i>24/02/2023</i>		
Nom et prénom du malade : <i>AZOUARO Saâdia</i> Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> MUPRAS	
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



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
27/02/23	S		250	INP : 104111897647 Signature : Dr. Alain M. J. GADRI Date : 25/02/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-03-23	3000,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

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												
				INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur Tarik Khalrouk

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



الدكتور طارق خلوة

اختصاصي في طب وجراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)، المياه الزرقاء (تضغط العين)، مسالك المسموع
المتزز، العدسات اللاصقة، طب الحول، أمراض و تصور الشبكية
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Agadir, le :
24 février 2023

Mme AZOUARA Saadia

Monture + verres correcteurs
Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.75

OG = + 0.75

OPTICALS CITY
Opticien - Optométriste
Entrepôt - Atelier - Magasin
1, RUE LAKHDAR BEN HADJ ABBAS 34
AGADIR - MAROC
Tél : 0613 13 89 99 - 0522 50 20 20

Dr. TARIK KHALLOUK
Ophtalmologue
Avenue Hassan I Borj Al Hikma N°7
AGADIR - Tel: 05 28 22 32 32

Docteur Tarik Khalrouk

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور طارق خلوة

اختصاصي في طب وجراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

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

جراحة العياء البيناء (الجلالة)، العياء الرقا، (ضغط العين)، مسالك الدموع
الليز، المعدات الالكترونية، طب العين، أمراض وتصوير الشبكية
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Agadir, le :
24/02/2023

Mme AZOUARA Saadia

NOTE D'HONORAIRE

Honoraires 250 dh pour Dr Khalrouk Tarik pour consultation

Arreter la présente note d'honoraire à la somme de deux cent
cinquante dirhams

Dr. Tarik KHALLOUK
Ophthalmologiste
Av. Hassan I Borj Al Hikma
Agadir - Maroc



Facture N° : 0001972

Casablanca, Le : 02.03.23

Mme AZOUARA SAADIA

N° de nomenclature Corresponds à La prescription du Docteur	Vision de Loin O.D <u>100</u> O.G <u>100</u>	Vision de prés O.D O.G	Double Foyer PROGRESSIF O.D O.G
--	--	------------------------------	---------------------------------------

FOURNITURES :	N	N	N
MONTURES :	optic	1	1500,00
VERRES :	eyeglass Anti Reflects		
O.D :	+0,45	1	450,00
Vision de Loin :			
O.G :	+0,45	1	450,00
O.D :			
Vision de prés :			
O.G :			



TOTAL : 2000,00

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

Two Thousand Dirhams

1 RES LES ROSIERS ETG MAG APT 34 ANG BD DAKHLA ET AL QODS - Tél: 05 22 50 20 20 - GSM : 06 13 13 89 99

IF : 25 00 58 35 / ICE : 001988163000078