

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042192

Par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1345 Société : RAN
 Actif Pensionné(e) Autre : 158807
 Nom & Prénom : ABEROUCH AERYEN
 Date de naissance : 30/8/48
 Adresse : Rue 810 Nr 15 Al Nassira AGADIR
 Tél : 06 60 30 60 31 Total des frais engagés : 1800,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. SOUFI. G.
 Ophtalmologiste
 Imm. Tifaouine, Bloc F2, Etage N°4
 Angle Av. Mouquawama, Rue Oued Ziz
 AGADIR Tél: 05 22 81 20 32

Date de consultation : 13/01/2023
 Nom et prénom du malade : ABEROUCH AERYEN Age :
 Lui-même Conjoint Enfant
 Lien de parenté :
 Nature de la maladie : Contrôle ophtalmologique
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Syndrome ker
 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

Le : 13/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : /

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0042192

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 : 1345

Nom de l'adhérent(e) : R. ABEROUCH

Total des frais engagés : 1800,20

Date de dépôt : 26/01/23

*Ophtalmologie
lunettes & soins*

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 Règlement des Actes
13/02/2013	Consult	C	67	Dr. M. B. Ophthalmologue Imme. Tifoujou, Bloc E2, Etage 1 Angle Av. Mouquaddem et Av. Rue Oued Ziz AGADIR - Tél: 05 28 84 20 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
IT SASSI OPTIQUE Opticien - Optométriste 29, Rue Pt. El Bekkay Q.I - AGADIR Tél: 05 28 84 79 18	18/04/23					1800,00

VOLET ADHERENT

* 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr SOUFI Ghizlane

Ophtalmologiste

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancienne interne au CHU de Rabat - Salé

Ancienne interne au CHNO des XV-XX Paris

الدكتورة غزلان الصوفي

أخصائية في طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى XV-XX بباريس

13 février 2023

Mme ABEROUCH Meryem

Monture + verres correcteurs progressifs solaires anti UV

VL : OD = + 2.50 (- 1.00 à 100°)

OG = + 2.25 (- 0.25 à 115°)

VP : ODG = Add : + 3.00

ATTASS OPTIQUE
Opticien Optométriste
29, Rue Pt. El Berkay
Q.I. AGADIR
Tel: 05 25 34 79 18

Dr. SOUFI. G.
Ophtalmologiste
Imme. Tifaouine, Bloc F2, 1^{er} étage N°4
Angle Av. Moukaouama, Rue Oued Ziz
AGADIR - Tél: 05 25 34 79 18

Bd Moukaouama ang .rue Oued Ziz, Résidence Tifaouine

Bloc E 4ème Etg, Appt n°4. Q.I- AGADIR

E - mail : drsoufi.g@gmail.com

Tél : 05 28 84 20 32

شارع المقاومة وشارع واد زيز إقامة تيفاوين. عمارة 2

الطابق 4، الشقة 4، الحي الصناعي، أكادير

dr.soufi.g@gmail.com : البريد الإلكتروني

05 28 84 20 32 : الهاتف

AIT SASSI OPTIQUE

, 29 RUE PDT EL BEKKAY Q.I

AGADIR

TEL : 05.28.84.79.18

Email : aitsassioptic@gmail.com

AGADIR LE : 18/04/2023

FACTURE : 288/23

NOM : ABEROUCH MERYEM

DOCTEUR : SQUEI GHIZLANE

MILLE HUIT CENT DIRHAMS

RC : 28128 - PATENTE : 48106901 - TVA : 258333 - I.F : 75734900 - ICE : 001813031000086 - INPE : 045000122