

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.

N° W21-828175

188710

Optique

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8622 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : Zouhri ABDELAÏD

Date de naissance : 16-12-1970

Adresse : 56 DANI 2 ASKAZOUR EL MCHAMID

MARRAKESH

Tél. : 0624832705 Total des frais engagés : 300,00

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 12.11.23

Nom et prénom du malade : Zouhri ABDELAÏD Age: 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection aux yeux

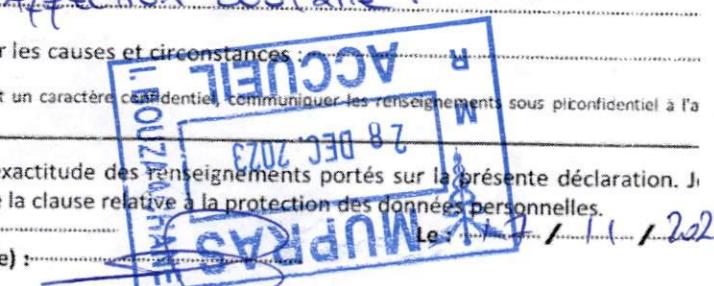
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le 11.11.2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RECEVE 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
13.11.98	CE		250,00	INP : 07112968 INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	
25/11/2023	25/11/2023					500,00\$

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

AL MATTAR OPTIC

Marrakech, le 25/12/2023

facture

No 009995

M. Zohri Nodelali

Dr. Hassan Tewer

VISION PRES

OD: Cyl ax1 +2,00
OG: Cyl ax1 +2,00

VISION LOIN

OD: Cyl (180° -1,75) Sph -1,75
OG: Cyl (170° -1,75) Sph -1,75

Désignation

Monture : Verre
Verres : 2 Verres progr photogr
Lentilles :
Observation : Arribante de la Optic

Prix

800,-

420,-

Cachet - Signature

Total

550,-

Montant (en lettres)

Cinq Fils Cip

Cef Am

Docteur EL HAMIDI Mariam

Spécialiste des maladies
et de la chirurgie
des yeux



الدكتورة الحميدي مريم
اختصاصية في أمراض
و جراحة العيون

Marrakech le

17 novembre
2023

Mr. ZOUHRI Abdelali

OXYAL COLLYRE

1gte 4x/j odg 1mois, dans les deux yeux

RELAXium B6 375 mg magnésium

1gel par j le soir pdt 1mois



INPE : 071182968

لا يتغير موعد الفحص

M'hamid 1 - B, Imm 170, Appt 1 (en face de café El boughaz) Marrakech

محاميد 1 - B ، عمارة 170، شقة رقم 1 (أمام مقهى البوغاز) مراكش

Tél.: 05 24 37 03 70

Docteur EL HAMIDI Mariam

Spécialiste des maladies
et de la chirurgie
des yeux



الدكتورة الحميدي مريم
اختصاصية في أمراض
و جراحة العيون

Marrakech le

**17 novembre
2023**

Mr. ZOUHRI Abdelali

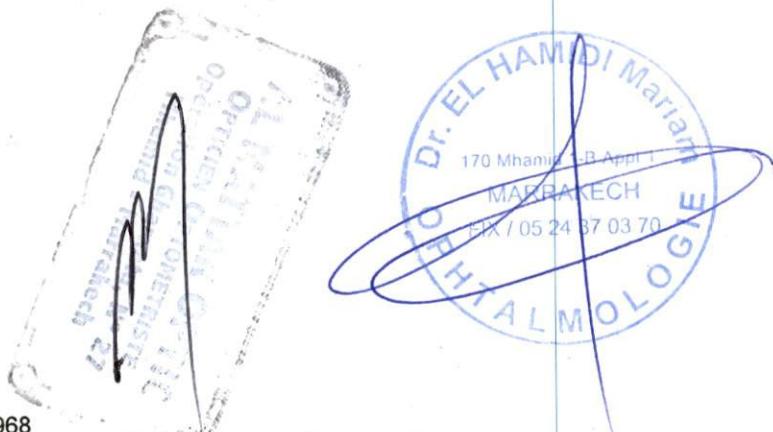
Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = (- 1.75 à 180°)

VP :

ODG = Add : + 2.00



INPE : 071182968

لا يتغير موعد الفحص

M'hamed 1 - B, Imm 170, Appt 1 (en face de café El boughaz) Marrakech
محميد 1 - B عماره 170، شقة رقم 1 (أمام مقهى البوغاز) مراكش

Tél.: 05 24 37 03 70