

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

N° M21- 080293

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2670 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Rachida Ardouane
Date de naissance : 01-11-1958
Adresse : Riad Salam N°49 Route de Casa
Mamakch
Tél : 0698150060 Total des frais engagés : 2757,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/11/2023
Nom et prénom du malade : Me ARDOUANE RACHIDA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Correction 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 : Mamakch Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

[illegible]

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Pharmacie Dr. CHAHRI EL ADRA Centre Commercial Riad Salomon Marrakech Tél : 024 29 11 11 / Fax : 024 29 11 11 | | Pharmacie Dr. CHAHRI EL ADRA Centre Commercial Riad Salomon Marrakech Tél : 024 29 11 11 / Fax : 024 29 11 11 | Pharmacie Dr. CHAHRI EL ADRA Centre Commercial Riad Salomon Marrakech Tél : 024 29 11 11 / Fax : 024 29 11 11 | Pharmacie Dr. CHAHRI EL ADRA Centre Commercial Riad Salomon Marrakech Tél : 024 29 11 11 / Fax : 024 29 11 11 |
|---|--|---|---|---|

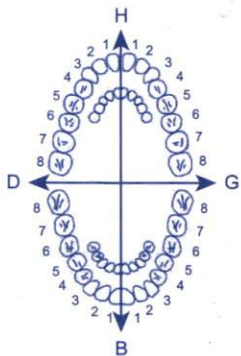
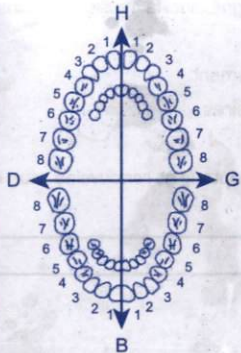
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | CCEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jihane HAKAM

Spécialiste en ophtalmologie

Diplômée de la faculté de médecine
de Marrakech

- Ophtalmologie pour adultes et enfants
- Chirurgie de cataracte par phacoémulsification
- Maladies de la rétine
- Chirurgie réfractive
- Explorations ophtalmologiques



الدكتورة جهان حكم

أخصائية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بمراكش

- طب العيون للكبار و الصغار
- جراحة الجلالة بالصدى الصوتي
- أمراض الشبكية
- جراحة الانكسار البصري
- الفحوصات البصرية

15 novembre 2023

Mme ARDOUANE Rachida

157/10

THEALOSE COLLYRE



1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux

LIPOSIC GEL CL

1 app le soir, dans les deux yeux

Pharmacie SEN YOUSSEF
Dr. CHAHRI EL ALAMI Brahim
Centre Commercial Riad Salam
Marrakech
Tél : 024 29 11 11 / Fax : 024 29 11 12

Docteur Jihane HAKAM
Spécialiste en ophtalmologie

Diplômée de la faculté de médecine
de Marrakech

- Ophtalmologie pour adultes et enfants
- Chirurgie de cataracte par phacoémulsification
- Maladies de la rétine
- Chirurgie réfractive
- Explorations ophtalmologiques



الدكتورة جهان حكم

أخصائية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بمراكش

- طب العيون للكبار و الصغار
- جراحة الجلطة بالصدى الصوتي
- أمراض الشبكية
- جراحة الانكسار البصري
- الفحوصات البصرية

15 novembre 2023

Mme ARDOUANE Rachida

Monture + verres correcteurs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 3.50 (- 1.25 à 40)

OG = + 3.50 (- 0.50 à 143)

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

DAR SAADA OPTIQUE
EL MOUAKKIT Yassine
Opticien Optométriste
Lot. Charaf N° 472 - Marrakech
GSM : 06 61 75 74 94

Dr. Jihane HAKAM
Ophth. spécialiste des maladies de l'œil
F. 10, Bd Allal Fassi, 3ème Étage N° 44 - Marrakech
Tél : 05 24 30 69 42 / 06 22 43 80 26

DAR SAADA OPTIQUE

MARRAKECH I

12/12/2023

FACTURE

N 50/12

ARDOUANE RACHIDA

| N° | Désignation | Unité | Quantité | Prix unitaire en dhs | Prix total |
|----|--|-------|----------|-------------------------|--------------|
| 1 | Monture | 1 | 1 | 300 | 300,00 MAD |
| | verres incassables antireflet OD:+3,50(-1,25à40) OG:+3,50(-0,50à143) ADD:+3,00 | 2 | 2 | 1150 | 2 300,00 MAD |
| | | | | TOTAL T.T.C | 2 600,00 MAD |
| | | | | | |
| | | | | | |

DAR SAADA OPTIQUE
EL MOUAKKIT Yassine
Opticien Optométriste
Lot. Charaf N° 472 - Marrakech
GSM : 06 61 75 74 94

INPE
075010843

RC : 114556
TP : 64450750
IF : 14422573
ICL 00161 2009000045

MARRAKECH HAY CHARAF N°472 Patente : 14422573 TEL: 0661757494/0524300219 Compte Bancaire :
BP145450212118159403003181