

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° W19-432418

ND: 12771

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1647 Société : As Am de traite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTAYOUT, LAHDECINE

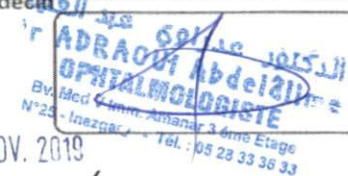
Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Rue 908 N°47 Rue BAYON ANADIL

Tél. 0663 397138 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 NOV. 2019

Nom et prénom du malade : BELKADI ZAHRA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Enfant ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

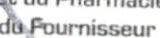
Adresses Mails utiles

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/19	144.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>Opticien Optométriste Form. Anakhil 1903, Angle Av. Méd V et des FAR - INEZGANE Tél: 05 43 83 67 67</p> <p>INP: 0450 17696</p>	15/11/13					# 1509,00 dh

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 canalaire, ainsi que le bilan

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur ADRAOUI Abdelâlime

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux



- Chirurgie De Cataracte «Phacoémulsification»
et Chirurgie Refractive (*Esaso / Lugano - Suisse*)
- Topographie cornéenne - Contcatologie
- Ophtalmologie Pédiatrique - Strabologie
- Pathologie rétinienne « Angiographie - OCT - Laser »
(*Lariboisiere / Paris France*)

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'American Academy of Ophthalmology

الدكتور عدراوي عبد العليم

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

- جراحة المياه البيضاء « الجلالة » و تصحيح
النظر بالليزر (دبلوم إسازو / لوكانو- سويسرا)
- أمراض القرنية - العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال - طب الحول
- علاج الأمراض الشبكية «تصوير أوعية الشبكية و الليزر»
(دبلوم لاريبوازيير / باريس فرنسا)
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
- عضو الجمعية الأمريكية لأمراض العيون

Inezgane 01/11/2019

BELKADI ZAHRA

Lunettes de correction optique pour VL et VP en verres progressifs.

(Avec vision intermédiaire). Verres organiques et antireflets

VL : OD : +1.75

OG : +2.00

ADD : +2.50

EIP : 64 (PRIERE DE BIEN CENTRER LES VERRES)

1. VISMED collyre

1440
INZOPTIC
Opticien Optométriste
Imm. Anakhil N°03, Angle
Av. Med V et des FAR - INEZGANE
Tél: 05 28 83 67 67

1 goutte * 3/j (ODG) pdt 12 mois

شارع محمد الخامس - عمارة أمانار، الطابق 3 رقم 25 (أمام بلدية إنزكان)، فوق مصرف المغرب - إنزكان
Bd. Med V, Imm Amanar, 3^{ème} étage N° 25 (en face de la municipalité), au dessus
du Crédit du Maroc - INEZGANE - Tél. : 0528 333 633 - E-mail : drabdelalime@gmail.com



fr

Lubrifiant oculaire

Hyaluronate de sodium 0,18 %
Stérile, sans agent conservateur

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

ع

قطرة عين مرطبة

هياالورونات الصوديوم بنسبة 0.18 %
10 مللتر محلول معقم
معقمة و خالية من المواد الحافظة

فيزميد® ملتي

Facture

Client : BELKADI ZAHRA

Date Facture : 15/11/2019

N° Facture: 1269/2019

Type	Désignation	Prix	Quantité	Montant (TTC)
Verres	OD PROGRESSIFSphérique 1.5 65 Blanc Anti-reflet Organique sph +1.75 Add :+2.50	750,00	1	750,00
Verres	OG PROGRESSIFSphérique 1.5 65 Blanc Anti-reflet Organique sph +2.00 Add :+2.50	750,00	1	750,00

Total (TTC)

1 500,00 DH

Arrêt de la présente facture à la somme de :
Mille Cinq Cent Dirhams, 00 Cts

INZOPTIC

Excl. de TVA: 250 Dh

IF : 76146200

Patente : 49390256

RC : 7795 - C.N.S.S : 8839005

ICE : 001483460000014

N° 03 Immeuble Anakhil angle Av. Mohamed V & FAR Inzegane - Agadir

Tél : 05 28 83 67 67

www.inzogroup.com

INP: 045017696

INZOPTIC
Opticien Optométriste
Min. Anakhil Mas Agadir
Av. Med V et des FAR - INEZGANE
Tél: 05 28 83 67 67