

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.



Declaration de Maladie

N° W19-463097

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1541 Société : Royal Air Maroc (Bagagiste)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : HOUSNI ABDALLAH

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : HAY AL MASSAMINE Rue B54 N° 11
Dcheira INEZGANE

Tél. : 0670120873 Total des frais engagés : 1128,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 07 OCT. 2019

Nom et prénom du malade : HOUSNI ABDALLAH Age : 1949

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

Nature de la maladie : Vice de la vision

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 04 NOV. 2019

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 : Inezgane

Le : 02 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) : 

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre A l'Al Ben Abdelh - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Al Ben Abdelh - Quartier de l'Hotel
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Ar
07 OCT 2019	C.I.S F.O		+ 30000	ABRAHAM OPHTALMOLOGUE 94, Mosq. Imm. Anakhil N°03, Angle J et des FAR - INEZGANE N°28 - INEZGANE - Tél : 05 28 83 87 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE THIRITE 94, Av. Hassan I Lot. Aboutarik DCHEIRI - EL JIHADIA Tél: 05 28 83 87 61	7.10.2019	28.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

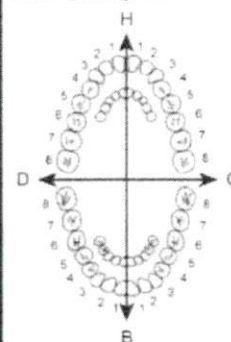
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

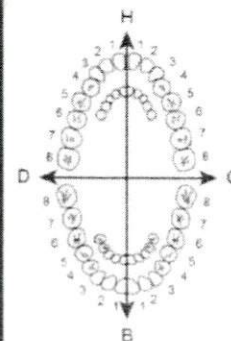
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
INZOPTIC Opticien Optométriste Imm. Anakhil N°03, Angle J et des FAR - INEZGANE Tél: 05 28 83 87 61	11/10/19					800/100
						0450/1069

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

{Création, remont, adjonction}

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ZENITH PHARMA
RPV: 28.80 DH



4 030571 002888

BAUSCH+LOMB
Artelac®
Hypromellose 3,20 mg/ml

Date lab / تاريخ الاختبار :
Exp / تاريخ انتهاء :
Lot / الدفعة :

الدكتور عدراوي عبد العلي
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 لاريبواير / باريس فرنسا)
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
- عضو الجمعية الأمريكية لأمراض العيون

- 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

Inezgane , le / /

07/10/2019

HOUSNI ABDELLAH

Lunettes de correction optique pour VL et VP en
verres séparés. Verres organiques et antireflets

VL : OD : +0.50 (-1.00 à 155)
OG : -0.25 (-1.50 à 50)

+ADD : +3.00

EIP : 62 (PRIERE DE BIEN CENTRER LES VERRES)

28.80

1 ARTELAC collyre

1goutte*3/j pdt 01 MOIS



PHARMACIE TITRITE
304 Avenue Hassan II Lot Aboularik
DOUHA - EL JIHADIA
Tél: 05 28 83 87 61

شارع محمد الخامس - عمارة امانار، 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

Facture

Client : HOUSNI ABDELLAH

Date Facture : 11/10/2019

N° Facture: 1192/2019

Type	Désignation	Prix	Quantité	Montant (TTC)
Verres	MONOFOCAL Sphérique 1.5 65 Organique Blanc Anti-reflet sph: +0.50 Cyl: -1.00 Axe :155 Add :+3.00	150,00	1	150,00
Verres	MONOFOCAL Sphérique 1.5 65 Organique Blanc Anti-reflet sph: -0.25 Cyl: -1.50 Axe :50 Add :+3.00	150,00	1	150,00
Verres	MONOFOCAL Sphérique 1.5 65 Organique Blanc sph: +3.5 Cyl: -1.00 Axe :155 Add :+3.00	100,00	1	100,00
Verres	MONOFOCAL Sphérique 1.5 65 Organique Blanc sph: +2.75 Cyl: -1.50 Axe :50 Add :+3.00	100,00	1	100,00
Monture	OPTIQUE monture optique	300,00	1	300,00

Total (TTC)

800,00 DH

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

INZOPTIC

Montant TVA: 133.33 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

INZOPTIC

Opticien Optométriste

Imm. Anakhil N°03, Angle

Av. Mohamed V & FAR - INEZGANE

Tél: 05 28 83 67 67

INP: 048017696