

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

- 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.

N° D: **34952**
N° W19-511225

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08658		Société : RSM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NATI Mohamed Anab		Date de naissance : 07/12/1970	
Adresse : avenue Royal Aïal Ben Abdellah		Tél. : 1500, 00	
		Total des frais engagés : 1500, 00 DHS	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11/07/2020			
Nom et prénom du malade : NATI Mohamed Anab Age : 2006			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> 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 : **Le 01/07/2020**
Signature de l'adhérent(e) : **SA**

Le : **01/07/2020**

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 Paiement des Actes
11/7/2020	C.S.		300 DA	INP : 0211172911

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMINE SARL Leïla EL KOUHENE Lotissement Amine, N° 65 Sidi Maarouf - Casablanca Tel : 0522 97 25 85	01/7/2020	28.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE AL	01/07/2020					1000.00 DA
OPTICIEN - OPTOMÉTRE						
Av. Al Qods N°58 F. Imme 120						
Laayoune TEL : 065 24922073 70						
RC 79162 / I.C.E. 002025148000						

VOLET ADHERENT

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

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXÉCUTION	
FIN D'EXÉCUTION	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXÉCUTION	

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
D
 00000000 00000000
 35533411 11433553
B

G

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

OPTIQUE ALQODS

Avenue AL QODS N°5 Bloc F

Imm 138 Moulay Rachid

LAAYOUNE

E-mail : optique.alqods@gmail.com

INPE



025013806

LAAYOUNE Le : 01/07/2020

Facture N° FA2020/ 1576

BENEFICIERE :

NAJI MOHAMED AWAB

Libellé	Qté	MONTANT
Verre VL: UNIFOCAL, ORG AR Durci	2	900.00
Monture : PRADA SPR 8524 ADLT NOIR	1	300.00

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
OD	+1.75	-0.50	170°	
OG	+2.50	-0.75	180°	

TOTAL 1200.00

La présente facture est arrêtée à la somme de :

MILLE DEUX CENT DHS

Payé : Espèce

Avenue ALQODS N° 5 Bloc F Imm 138 Moulay Rachid, LAAYOUNE

Tél: 0528981284 GSM: 0670322945

RC: 78162 IF: 24922073

ICE: 002025148000001

BAUSCH + LOMB
Artelac®
Hypromellose 0,2% mg/ml

D Date fab / تاريخ الإنتاج
O Exp / تاریخ التّابع
-C Lot / رقم اللّوٹ
-S -
-A -
-Fe -
(My) -

cham

acte (phako)
e - voies lacrymales
NTACAM
ser excimer
, Astigmatisme)

Diplôme _____ de medecine de Rabat
CHU Avicenne



الدكتور دالي هشام

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة المجلة - الحول - مسالك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

خريج كلية الطب بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

01/07/2020
Laâyoune le ,

Mr Naji Mohamed Awab

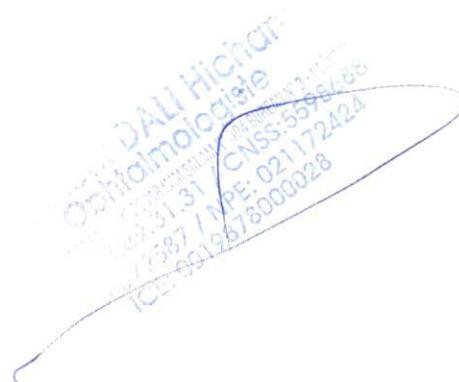


ARTELAC ODG

1 goutte, 4 fois par jour (pendant 1 mois)

28,80

 PHARMACIE AMINE SARL
Leïla EL KOUHENE
Lotissement Amine, N° 65
Sidi Maârouf Casablanca
Tél : 0522 97 25 85



E-mail: dr.dalihicham@gmail.com

Angle Bd Smara et Bd mezoir imm Salam N° 304

Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune

Tél. : 05 28 89 31 31

ICE : 0019878000028

ملتقى شارع سمارة وشارع مزوار عمارة السلام رقم 304

مكتب رقم 3 فوق المركز التجاري وني - العيون

الهاتف : 05 28 89 31 31

التعريف المشترك للمقاولات : 0019878000028

Docteur.DALI Hicham

Ophtalmoplogiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - OCT - PENTACAM
- Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer
(Myopie, Hypermetropie, Astigmatisme)

Diplômé de faculté de médecine de Rabat
CHU Avicenne



الدكتور دالي هشام

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الخلاة - المحول - مسالك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لابنك

خريج كلية الطب بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

01/07/2020

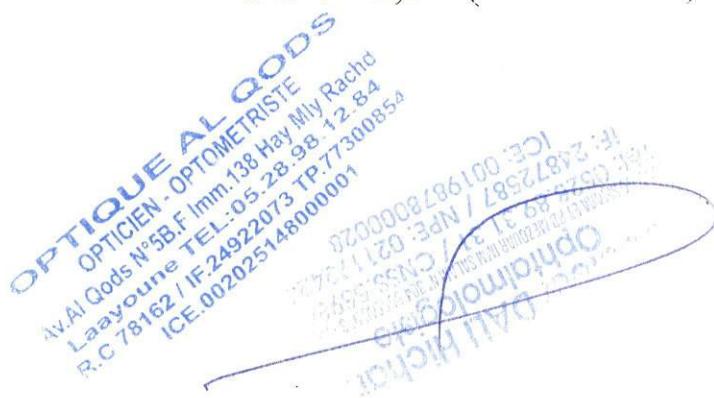
Laâyoune le ,

Mr Naji Mohamed Awab

Monture + verres correcteurs

VL OD : +1,75 (170° -0.50)

OG : +2,50 (180° -0.75)



E-mail: dr.dalihicham@gmail.com

Angle Bd Smara et Bd mezoir imm Salam N° 304

Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune

Tél. : 05 28 89 31 31

ICE : 0019878000028

ملتقى شارع سمارة وشارع مزارع عمارة السلام رقم 304

مكتب رقم 3 فوق المركز التجاري وني - العيون

الهاتف : 05 28 89 31 31

التعريف المشتركة للمقاولات : 0019878000028