

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19-0029246

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Aberrouch Aissa

Date de naissance :

04/10/1951

Adresse :

Immeuble EL Menzeh IV - n°313 - 4^e Etage
Av. des FAR - AGADIR

Tél. : 05 28 84 75 36

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/2020

Nom et prénom du malade : AL KEDDA D. Najma... Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Lentig.

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 : AGADIR

Le : 26/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-029246

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2161

Nom de l'adhérent(e) : ABERROUCH

Total des frais engagés : 4658 DH

Date de dépôt :

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
24/07/2020	GSD		300,-	Dr. HASSAN AGAOUI mm. Hugh Ag. 30 Av. 1er arr. 1000 Appart. 301. Tel: 05 28 826 862 AGAOUI. My Ismail Hay Ennahda

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BORJ TADDART 45 Jmml 10 Prog de Tig Avenue des FAR - AGADIR Tel 05 28 82 32 13	24/12/15	58102 2016.2.61

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 AZAR C. TICIAN OPTOMETRISTE IC-00156873200062 Bilkaan Al-Hadra, Ajadif	13/08/202					4300,00

VOLET ADHÉRENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates the H-B-D-H system. It features a central hexagonal ring of atoms. At the top vertex is an 'H' atom. At the bottom vertex is a 'B' atom. Along the left edge are two 'D' atoms, one at the midpoint and one at each of the two vertices. Along the right edge are two 'H' atoms, one at the midpoint and one at each of the two vertices. The entire structure is oriented vertically.

[Création, remont, adjonction]

nctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SAGET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DRIOUICHE Said
Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux
 Ancien Ophthalmologiste à l'hôpital Hassan II Agadir
 Diplômé de Chirurgie Vitré-rétinale de Bordeaux

Cataracte par phacoémulsification
 Glaucome - Strabisme - Voies Lacrymales
 Angiographie - Laser - Lentilles de contact



الدكتور ادرويش سعيد
 اختصاصي في طب و جراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة العيون بمستشفى الحسن الثاني بأكادير
 دبلوم جراحة الشبكية من بوردو - فرنسا

الجلالة بالملوجات فوق الصوتية - النزق - مسالك الدموع
 الخول - الليز - تصوير الشبكية
 العدسات اللاصقة

Agadir, le 24/7/2022 أكادير في

Mme AZ KETTANI Nour

Signature

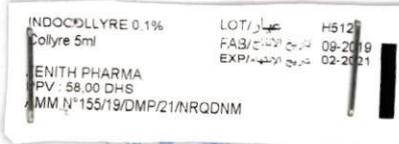
Dr - 3,50 (-1 a 20)

Dr 18°

Dr Abelt + 2,25

Sol 3

- Endocoll



PHARMACIE BORJ TADDART
 45 Imm. 14 Programme Tijoumt
 Avenue des FAR - AGADIR
 Tél 05 28 82 32 13

عمارة إيلجي A1 (أمام عمارة الدر) رقم 302 شارع مولاي إسماعيل حي النهضة أكادير - الهاتف: 05 28 826 862
 Immeuble Iligh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App.302 Av. Moulay Ismail Hay Ennahda - Agadir - Tél.: 05 28 826 862

دكتور ادرويش سعيد
 Docteur DRIOUICHE Said
 imm. Iligh A1 (en face Imm. Gendarmerie)
 App. 302 Av. Moulay Ismail Hay Ennahda
 Agadir - Tel: 05 28 826 862

Docteur Said DRIOUICHE

Spécialiste en Chirurgie
et Maladies des Yeux

الدكتور سعيد ادريوش

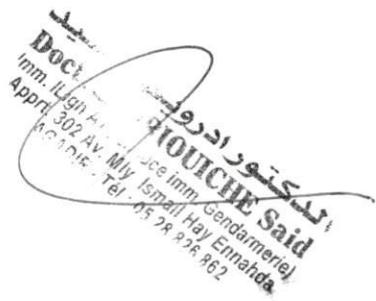
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

ICE: 001636037000025

Agadir le : 24/07/2020 أكادير في :

Dr. DRIOUICHE Said
دكتور ادريوش
Doc. Dr. DRIOUICHE Said
Imm. Ilign A1, ... place imm. Gendarmerie
Apprt. 302 AV. Mly Ismail Hay Ennahda
AGADIR - Tel. 05 28 926 862

Consultation (Cs) avec
examen du fond d'œil
=
300, 00 Dhs
trois cent dirhams.



Rendez-vous, le

AZAR OPTICIEN

LES PROFESSIONNELS DE L'OPTIQUE

Facture

Client : AL KEDDAD NAJMA

Date Facture : 13/08/2020

N° Facture: AZ373/2020



045008968

Type	Désignation	Prix	Quantité	Montant (TTC)
Monture	ANA HICKMANN AZ-HI6018 A02 48 18 145	1 000.00	1	1 000.00
Verres	PROGRESSIFSphérique 1.61 65 Organique Anti-reflet sph:-3.50 Cyl :-1.00 Axe :70 Add :+2.25	1 650.00	1	1 650.00
Verres	PROGRESSIFSphérique 1.61 65 Organique Anti-reflet sph :pl Add :+2.25	1 650.00	1	1 650.00
Total (TTC)				4 300.00 DH

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

Dont Montant TVA: 716.67 Dh



382 Bd ALMOUKAWAMA LAKHIAM II AGADIR - Tél : 05 28 23 80 44

Email : azaropticien@gmail.com - Sit Web : www.inzogroup.com

IF : 15230380 - PATENTE : 48158168 - RC : 31733 - CNSS : 6458170 - ICE : 001568732000062