

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

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

Déclaration de Maladie

N° W19-593372

54262



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2179**

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : **ARRAKI**

Date de naissance : **29/03/1953**

Adresse : **Labissa lot 4 BP 177**

BOASKOURA

Tél. : **0661 19 62 69**

Total des frais engagés : **7314,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **3/12/2020**

Nom et prénom du malade : **ARRAKI DAFIR**

Lien de parenté :

Lui-même

Comptoir

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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Carcabat**

Signature de l'adhérent(e) : **ARRAKI DAFIR**

Le : **03/01/2021**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
31/12/2010	C	100	200,-	INP : 08211411223

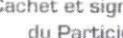
~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE ARAFAT Dr. BELLOUAI ARAFAT Bouskoura Tél: 05 22 33 23 30 Fax: 05 22 33 23 31	03/03/2020	T = 311,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	31.12.20.					800,-	

VOLET ADHERENT

* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

naviblef®
DAILY CARE

RIMA PHARMA
PVC : 90,00

RIMA
PHARMA
PVC
60,00 DH

OPHTALMED
PPC
89,00 DHS

6118001 102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,00 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

aracte
me
e
lacrymales

inienne
Laser



جراحة الجلاة

جراحة المياه الزرقاء

جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة مسالك الدموع

العدسات اللاصقة

التصويب الشككية
العلاج بالليزر
03 décembre 2022



INPE : 091171223

Bouskoura, le :

Mr. ARRAKI DAFIR

90,00



NAVIBLEF DAILY CARE - MOUSSE POUR PAUPIÈRES

1 lavage 3 fois par jour la 1ere semaine

1 lavage 2 fois par jour pdt 2 mois

89,00

XAILIN WASH

1 lavage oculaire matin et soir

75,70

ZALERG COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, 2 Mois

60,00

OXYAL. COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, 1 Mois

les deux yeux

T = 314,70

PHARMACIE AL JOUD
Dr. BELLAOUI ARAFAT
Rimal Labbadi Bouskoura
Tel : 06 22 33 45 36

Dr. BERRADA Saima
Opticien
Tel : 0522 50 05 26

Adresse : Immeuble Herradi, 2^{me} étage, Appt. N°1 Bouskoura Centre (au dessus de la Pharmacie Maria)
Tél : 05 22 59 05 26 - E-mail : drberradasalma@gmail.com

Chirurgie de la cataracte
Chirurgie du glaucome
Chirurgie réfractive
Chirurgie des voies lacrymales
Contactologie
Angiographie
Angiographie rétinienne
Traitement par Laser



INPE : 091171223



جراحة الجائة
جراحة المياه الزرقاء
جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة مسالك الدموع
العدسات اللاصقة
التقصير الشكبة
03 décembre 2022
العلاج بالليزر

Bouskoura, le :

Mr. ARRAKI DAFIR

Monture + verres correcteurs progressifs
organiques anti-UV Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 2.50 (- 2.00 à 105°)

OG = + 2.50 (- 2.50 à 70°)

VP :

ODG = Add : + 2.75





AXE OPTICAL

Client(e)

ARRAKI DAFIR

Date Facture	Facture N°
31/12/2020	2053

Nom.	Désignations	Qté	Prix Unitaire	Montant
	VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE BLANC ANTIREFLET FILTRE BLEU IMPORTATION OD :- Sph : +2,50 (- 2.00 à 105°) Add : +2,75	1	3400,00	3400,00
	VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE BLANC ANTIREFLET FILTRE BLEU IMPORTATION OG :- Sph : +2,50 (- 2.50 à 70°) Add : +2,75	1	3400,00	3400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six mille huit cents dirhams

Dont T.V.A 20 %

Net à payer :

6800,00