

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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 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

N° P19- 056951

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN DAKHAMA SAAD

Date de naissance : 01/04/54

Adresse : 3, Rue IBRAHIMINE RABAT

Tél : 0678 025601

Total des frais engagés : 4300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/05/2023

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN DAKHAMA SAAD

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 03/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
03/05/2023	cu		300 DH	Dr. Othman LEZRI Ophtalmologiste n.B, Rue Baït Lahem, App. n°4 Rabat - Tél.: 05 37 73 44 17 GSM : 06 63 71 65 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VIENS VOIR Opticienne - Optométriste 145 Angle Al Maïn Mag. 49 - RABAT Tél : 05 37 70 80 61	15/05/2023					4000 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 03 mai 2023

**Mr BEN JELLOUN DAKHAMA
Saad**

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 2.25 (- 1.00 à 95°)

OG = + 1.75 (- 0.75 à 80°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

VIENS • V • OIR
Opticienne - Optométriste
145 Angle Aloul Benabdallah et abo
Farise Al Marni Mag. 49 - RABAT
Tél : 05 37 70 80 61

Dr. Omar LEZRAK
Ophtalmologiste
Imm. B, Rue Bait Lahem, Appt. N°4
Rabat - Tél : 05 37 73 44 11
GSM : 06 63 71 65 75

Angle Avenue Mohamed V Rue Bait Lahem, Imm B Appt N°4, 2 étage-Rabat (Près de la Gare Rabat Ville)

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة بيت لحم، عمارة "ب" شقة رقم 4، الطابق الثاني الرباط (قرب محطة القطار الرباط المدينة)

Email: lazrakophtalmo@gmail.com

Tel/Fax: 0537734417

GSM: 0663716575



145, Angle Allal Ben Abdellah et Abou
Fares Al Marini - Magasin 49 Pieterie
Raba49

FACTURE : 001785/2023

15/05/2023

NOM : BENJELOUN DAKHAMA

Prénom : SAAD

Désignation	Prix Uni.	Qte	Montant
ORG SAR 1.6 PROG	1500	02	3000
MONTURE	1000	01	1000
Montant Total :			4000.00

La présente facture a été Arrêtée à la somme QUATRE MILLE
DHS

: 05 37 70 80 61 - Email : viens.voir99@gmail.com ICE04758001715555000037
RC 86146 - Patente N° 26435767 IF83041

VIENS VOIR
Opticienne - Optométriste
145 Angle Allal Ben Abdellah et abo
Fares Al Marini Mag. 49 - RABAT
Tél : 05 37 70 80 61