

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 | : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN JELLOUN DAKHAMA SAAD

Date de naissance : 01/04/54

Adresse : 3, Rue IBN TAFAHINE RABAT

Tél. : 0678 0256 81 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 : BEN JELLOUN DAKHAMA SAAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Conctivite ophthalme

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :
[Signature]

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
03/05/2023	en		300 DH	Dr. Omar LEZRI Ophtalmologiste n.B, Rue Bait Lahem, Appartement 4 Rabat - Tél.: 0527 73 44 17 GSM : 0663 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

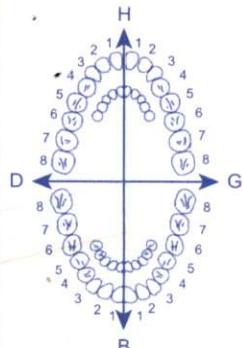
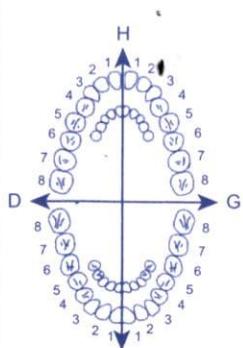
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
VIENS VOIR Opticienne - Optométriste 145 Angle Alai Benabdellah et abo Famili Al Maabni Mag. 49 - RABAT Tel : 0527 70 80 61	15/07/2023					4000 Dhs

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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	11433553													
G	35533411														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



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 VOIR
Opticienne Optométriste
145 Angle Allal Benabdellah et av
Fanise Al Marini Mag.49 - RABAT
Tél : 05 37 70 80 61

Dr. Oma L'AZREK
Ophthalmologiste
Imm.B Rue Bait Lahem Appt N°4
Rabat Tel: 05 37 70 80 61
GSM: 0663716575

Viens Voir

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
MONTURÈ	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° 26425767 IF82041

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