

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

RAM
Retraité

6947
Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

KHALLALI Abdallah
Nom & Prénom :

22-2-56
Date de naissance :

2051551RJI BERRECHID
Adresse :

07.02.344800 Total des frais engagés : 1800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Le 22/02/2024
Date de consultation :

8em maladie de l'An 14
Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

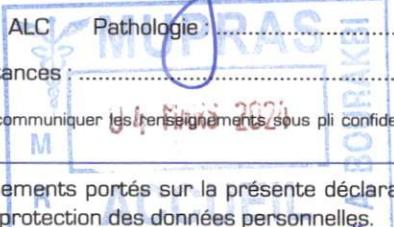
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : BERRECHID

Le : 13/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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
12/02/14			800 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPT BD EL MOUNTAJ MAMOUR EL JAHID RECHID 05 22 33 72 28	22/02/2024					1500,00 DH

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

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 16-cell polytope, a four-dimensional convex regular polytope, plotted within a 4D coordinate system. The axes are labeled H (vertical), G (right), D (left), and B (down). The vertices of the polytope are represented by small circles, and the edges are shown as lines connecting these vertices. The vertices are labeled with their 4D coordinates, which are permutations of the vector $(1, 1, -1, -1)$. The vertices are arranged in a circular pattern, with some vertices having labels rotated 90 degrees for readability.

[Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DATE :	22/02/2024
CLIENT :	BENNANI ZIATNI AMINA
FACTURE N° :	81/2024

OPTIQUE TWO SISTER'S
BD EL MOUNA HAY MANDAR
EL JAMIL BERRECHID
05 22 33 72 28

QTE	DESCRIPTION	PU (TTC)	MONTANT (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	400.00	400.00
2	VERRES INCASSABLES + ANTI REFLETS PROGRESSIFS	550,00	1100.00
CORRECTION :		TOTAL HT	1250.00
VL: OD: +0,25 OG: Plon ADD: +1,75		TVA	250.00
		TOTAL TTC	1500.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE CINQ CENTS

R . C : 15019 – PATENTE : - C.N.S.S : - IF : 50178783 - ICE :002785000021 INPE:002785000021
196 BD EL MOUNA HAY EL MANDAR EL JAMIL BERRECHID

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie

des yeux - Strabologie

Chirurgie de la cataracte aux U.S

OCT Angiographie ,Laser

Chirurgie refractive au laser

Traitement de kératocône

Traitement Oeil et Diabète

Traitement des maladies rétiniennes

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Membre de la société française d'Ophtalmologie

Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



الدكتور بن يحيى محمد سليم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهريّة للجلالة

فحص الشاربين بالأشعة

العلاج بالليزر

اختصاصي في تصحيح البصر بالليزر

علاج وجراحة العول

علاج وجراحة مسالك الدموع

علاج إصابة العين بداء السكري

علاج أمراض الشبكية

الجراحة التجميلية للجفون

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب اختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

12/02/20

Benyamin Mouna Hassan

do 1 + 0,75

Dr Mouna Hassan

Dr Mouna Hassan

Mouna Hassan

BENYAHYA Mohamed Salim
Dr Mouna Hassan

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف : 0522 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 05 22 32 56 56 - BERRCHID