

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.

N° W21-814197

2305
AA 90

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7572 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Yousra Mohamed Noureddine

Date de naissance : 26/02/1958

Adresse : 98 Rue Souâli Lalla Haya Targa

Yacoub El Mansour
Marrakech

Tél. : 06 67 11 12 09 Total des frais engagés : 47750 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2024

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 : Yacoub El Mansour
Signature de l'adhérent(e) : 01/04/2024
Le : 01/04/2024

Reçus

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.03.2011	45000.00 Dhs

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																											
Le praticien est prie de preciser 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.																											
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p>	<p>Nature des Soins</p>	<p>Coefficient</p>	INP : <input type="text"/>																							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																							
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																							
				<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
				H	25533412	21433552																					
				D	00000000	00000000																					
				B	35533411	11433553																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

Docteur Jellab Badr

Ophthalmologiste

Diplôme d'université en neuroophthalmologie
université Paris VI

Diplôme d'université en chirurgie réfractive
université de Brest



Ancien Médecin Interne du CHU Mohamed VI
Marrakech

الدكتور جلاب بدر

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جامعي في طب العيون العصبي

جامعة باريس VI

دبلوم جامعي في جراحة العين بالليزر - جامعة بريست

طبيب داخلی سابق

بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش

16 février 2024

Mr MOUIS Mohamed Noureddine

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL : OD = + 2.50 (- 1.25 à 85°)

OG = + 2.00 (- 1.00 à 95°)

VP : ODG = Add : + 2.25



Docteur JELLAB BADR
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Yacoub El Mansour, Residence
Yacoub El Mansour, B 3ème Etage, Plateau 4 Gueliz - Marrakech
tel : 05 24 42 21 23

شارع يعقوب المنصور إقامة يعقوب المنصور عمارة ب الطابق 3 شقة 4 جليز مراكش

Av. Yacoub Al Mansour, Residence Yakoub El Mansour Imm. B 3ème Etage, Plateau 4 Gueliz - Marrakech
(au-dessous de la banque société général) Tél/Fax : 05 24 42 21 23 - E-mail : jellab_badr@yahoo.fr

menara optique

FACTURE

DATE : 11 mars 2024
70/24

Marrakech
Téléphone: 0524055525

RC: 101285 / Patente N°: 45304749
IF:39454829
identifiant commun de l entreprise
00 2372345000053

Spécialité : Cabinet d'optique



inp 075004010

MOUIS MOHAMED NOUREDDINE

DESCRIPTION	
monture optique:	1 700,00
Progressif 1,6 ALLURA nat 10 indo	
correction lunettes de vision de LOIN :	
OD : +2,50 (-1,25 à 85°)	1 400,00
OG : +2,00 (-1,00 à 95°)	1 400,00
ADD:+2,25	
monture optique:	
	4 500,00

arretée la presente facture à la somme de : quatre mille cinq cent dirhams payés en espèce

MERCI DE VOTRE CONFIANCE !

