

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 canalaire, 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 canalaire.

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 | adhession@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.

Nº W19-550489

ND 43137

Optique

Autres

Maladie **10283** Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **ZAIDANI**

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAIDANI BRAHIM

Date de naissance :

09/10/1957

Adresse :

RES LIGRA C PMMA APT 15 ELOULFA CASA

Tél. :

06 62 18 06 11

Total des frais engagés :

2350 — Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/09/2020

Nom et prénom du malade :

ZAIDANI BRAHIM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

congénital

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

03 OCT. 2020

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 :

casablanca

Le : **08/10/2020**

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
21 09 2010	5		25000	INP : LLLP10 DR. BOUTE

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<i>Antoine Mille pour Cent</i>	01/10/2020					3100,00	

Optique Mille pour Cent
Optométriste & Opticien

VIOLET ADHERENT

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'EXECUTION <input type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

Casa le : **21 Septembre 2020**

Mr. ZAIDANI Brahim

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL :

$OD = + 0.75 (- 0.50 \text{ à } 95^\circ)$

$OG = + 0.50 (- 0.25 \text{ à } 94^\circ)$

VP :

$ODG = Add : + 2.50$

*Optique Mille pour Cent
Optométriste & Opticien*

PHYSODOSE 12 UNIDOSES 5 ML

lavage oculaire en cas de démangeaisons, les deux yeux, 1 Mois

Dr. BOUKSIM M.



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0104808

Date : 11/08/2022

Mr : ZAIDANI Farouk

Docteur : mohamed Boukacim

Type des Verres : lunettes de vue 2400,-

Monture : métal 200,-

* Vision de Loin :

OD Axe 95' Cyl - 050 Sph + 05'

OG Axe 94' Cyl - 025 Sph - 05'

* Vision de Près :

OD Axe..... Cyl..... Sph.....

OG Axe..... Cyl..... Sph.....

Add : +25' -

~~Optique Mille pour Cent
Optométriste & Opticien~~

Montant : 3500,-

Arrêtez la Présente Facture à la Somme de : 3500,-