

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° W21-625413

ND : 79576. *Courrier*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1248

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SIEKKAT MOUNTAZER

Date de naissance : 30-08-1967

Adresse : 45 RUE SAIFAR ERADIK AGDAL RABAT

Tél. : 0660839373

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. WAFA BENMANSOUR
OPHTALMOLOGISTE
28, Avenue de France
Agdal - Rabat
Tél: 05 37 71 77

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



Age : 52

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 : Rabat

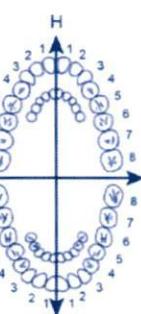
Le : 12/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| 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 |
| 12/07/2021 | | 3 | 20000 | INP : <i>Signature</i> Dr. AYMAN SOUAD AVENUE DE FRANCE TÉL: 05 37 77 19 77 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| ORPHICEN VISION PLUS 21 v. Falak Al Dumeir Agdal ABAT-Tél: 05.37.77.83.66 | 16/07/2021 | 54000000 |

| 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 | 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 PROTHÉSES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr.Wafa BENMANSOUR

Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

M SEKKAT Mountasser Date 18/07/2021

Lunette Vision de loin
verres anti-reflets progressifs

OD + 125 (100° - 050)

OS + 200 (100° - 075)

Le pris Add + 300

OPTICIEN
VISION PLUS
72, Av. de France Ouled Oumeir Agdal
RABAT Tel: 05.37.77.82.56

Dr. WAFA BENMANSOUR
OPHTALMOLOGISTE
28, Avenue de France
Agdal - Rabat
Tél: 05.37.17.19.77

28 Av. de France - Agdal-Rabat

Tel. 537771977

OPTICIEN VISION PLUS

Sté View Net sarl au capital de 300.000 DH

ICE N° 000016519000090

INPE N° 105000350

Rabat le 16/7/2021

FACTURE N°2021-0296 :

NOM ET PRENOM : SEKKAT Rachida

Correction :

| | VISION DE LOIN | VISION DE PRES |
|----|---------------------------|----------------|
| OD | (LW - 0,50) +1,00 / +0,44 | |
| OG | (LW - 0,20) +2 / +3 | |

| DESIGNATION | QTÉ | PRIX UNIT. | PRIX TOTAL |
|-------------|-----|------------|------------|
| Prisme gte | 1 | 1000,- | 1000,- |
| Ves Mts | 2 | 2200,- | 4400,- |
| Dyslife | | | |
| TOTAL | | | 5600,- DH |

Arrêtée la présente facture à la somme TTC de :

cinq mille quatre

OPTICIEN
VISION PLUS
Sté View Net sarl
R.C: 48573 - Patente: 25737206 - IF: 3332071 - CNSS: 6078580
Tél: 0537.77.83.66
RIB: 181 810 21211 3101275 0009 79 Banque Populaire Ag. Diour Jamâa Rabat

Adresse: 72, Av Fal Ould Oumeir n°1 - Agdal - RABAT. Tél.: 0537.77.83.66
R.C: 48573 - Patente: 25737206 - IF: 3332071 - CNSS: 6078580
RIB: 181 810 21211 3101275 0009 79 Banque Populaire Ag. Diour Jamâa Rabat