

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7647**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RADI ABDELILAH

26/10/1962

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Le : / /

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
				INP : []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	
ASSEZ SAVANT M. G. D. M. O. P. R. D. C. 09500.4776	21.3.29					1300,00

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
[Diagramme d'alignement dentaire avec numérotation 1 à 8 pour les dents supérieures et 1 à 8 pour les dents inférieures, avec axes D, G et B.]			INP : []
			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
			MONTANTS DES SOINS []
			DEBUT D'EXECUTION []
			FIN D'EXECUTION []
			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
			MONTANTS DES SOINS []
			DATE DU DEVIS []
			DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Residence Belafkikh B, RDC
Rue Rif - Mohammedia
Tél./fax: 05 23 31 29 80
E-mail : Optinoble@hotmail.fr
Patente : 39557875 - Rc : 7003
Ident. Fiscal : 40179181
CNSS: 7858668
ICE N° : 001734916000023

FACTURE N° 378886

Wafaâ BELAFKIKH
Opticienne - Optométriste
Adaptation de lentille de contact

Mohammedia, le 11.03.2022

M : RADI MAL'AK

Ordonnance du Docteur :

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	Loin O.D = +0,25 (-0,50 à 5°) O.G = +0,50 (-1,00 à 180°)
D.F. O.D = O.G =	Prés O.D = O.G =
Montures : Plastique	400,00
Verres : organique antireflet multicouche anti-rayures indice 1.5 diamètre 65	900,00
TOTAL :	1300,00

La présente facture est arrêtée à la somme en DHS de

mille trois Cent



Dr ADDA abderrahim
Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des Yeux et Annexes
Contactologie

Diplomé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux II
de Cluj Napoca
(Ex. attaché des Services
d'Ophtalmologie de Bordeaux II)
(SUR RENDEZ-VOUS)

الدكتور عبد الرحيم
اختصاصي في أمراض وجراحة
العيون
والعدسات اللاصقة
خريج كلية الطب ببردو II
وكلوج نابوكا
ملحق سابقاً بمستشفيات بردو
(بالموعد)

23 Fevr 2022

Mohammedia le:

DR RADI MALAK

Vision de loin:

- Oeil Droit:

$$(5^\circ - 0,50) = +0,25$$

- Oeil Gauche:

$$(180^\circ - 1) = +0,50$$

Vision de près:

- Oeil Droit:

- Oeil Gauche:



لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus