

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.

M22- 0010676

Optique 123666 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : 6744 Pne

Nom & Prénom : RIFTI Amâla

Date de naissance : 01/01/63

Adresse : 4 Rue Taouate CASA

Tél. 0661391716 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/22

Nom et prénom du malade : DHOUDER Jamel Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Jeuille, eczéma oeil

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 : Rabat Le : 20/07/22

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/07/22				Dr. Benhadjit Mohamed INPE 01107829 Opticien Optogiste
Total Univers				

RELEVE DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Benhadjit Mohamed INPE 01107829 Opticien Optogiste	20/07/22	1200000
Bienvenue	20/07/22	519,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 00000000	G	21433552 00000000 11433553
	D	35533411		
	B			
				Montants des Soins
				Date du Devis
				Date de l'Execution

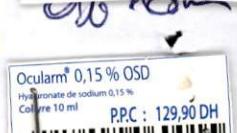
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Docteur :
H. BENHARBI Mohamme
Ophthalmologiste
INPE : 101107829
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

Rabat, le : 20 07 22



129,90 x 4

~~519,60~~

Ocularine gel
Alle + 9/1
(x6 mois)



Hôpital Cheikh Zaid - Rabat
INPE : 101107829
Ophthalmologiste
H. BENHARBI Mohamme



Rabat, le :

20/07/22

Docteur :

μ DAOUDER Jamel

$\text{A} : -800$

$\text{O} : -10,50 (-17^{\circ}, 30^{\circ})$

$\text{A} \Delta \text{Ab} + 2,75 \text{ D}$

f

Hôpital Cheikh Zaid - Rabat
INPE: 1040000029
Ophthalmology
Dr. DZIRARBT Mohammed

BIEN VU S.A.R.L.
Amal NAFAKH LAZRAQ EP. KABBAJ
58, Bd Abdellatif Ben Kaddour - 20050
Casablanca - ICE: 000026616000041
TP: 35600762 - RC: 81961
Tel: 0522 944 888

BIEN VU

OPTICIENNE

Nom de l'assuré :	MR DAOUMER JAMAL
ASSURANCE	MUPRAS
Prescripteur :	DR BENHARBIT MOHAMED

FACTURE N°170722 du 22/07/22

NOMENCLATURE	DESIGNATION	Prix Unit. TTC (DHS)	Qté	Montant TTC (DHS)
VISION DE LOIN	MONTURE	2 500,00	1	2 500,00
OD	VERRE MINERAL FORT INDICE ZEISS TRAITEMENT ANTI REFLET OD -8,00	4 750,00	1	4 750,00
OG	VERRE MINERAL FORT INDICE ZEISS TRAITEMENT ANTI REFLET OG -10,50 (-1,75)30	4 750,00	1	4 750,00

NET A PAYER (DHS) :	12 000,00

BIEN VU S.A.R.L.
Amal NAFAKH LAZRAQ Ep. KABBAJ
58, Bd Abdellatif Ben Kaddour - 20050
Casablanca - ICE: 000026616000041
TP: 35600762 - RC: 81961
Tel: 0522 944 888

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International

consultation le : 20/07/22 A

PP : 1 578 034 N° de dossier **Quittance N° C223441530**



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

2 651 571

DI : 3 021 914

Patient : DAOUMER JAMAL

Montant : 250,00 Dh (deux cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 0926

Date d'encaissement : 20/07/2022

Description :

Medecin : C01039 MOHAMMED BENHARBIT

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

* reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

* Relai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Hôpital Cheikh Zaid
Service Admission / Facturation A1
Hôpital Universitaire International

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1986010