

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

- 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 : 9798

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALLAOUI MOU.RAD

Date de naissance : 18/03/1972

Adresse : Bd CHENGUETTE Imm CHENGUETTE N°1

HAY SMAALA SEHAT

Tél. : 066 15 11 88 Total des frais engagés : 2309,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MJAHEED Saad
OPHTHALMOLOGISTE
Rd Princesse Lalla Aicha Imm Malak Erratma
Etagé 1 Appart 1 SETTAT - TEL 05.23.40.39.98

Date de consultation : 05/12/2022

Nom et prénom du malade : ALLAOUI MALAK Age: 13 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

8

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|--|
| 05/12/2022 | c.1. | 2.00.00 | r. M. AHMED ORTHOMOLOGISTE 33 Princesse Lalla Aicha Imm. Malak Errahma Etage 1 Add 1 SETTAT . TEL. 05.23.40.39.98 14270833 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 07/12/22 | 109,5 |
|  | 22/12/22 | 299,5 |

ANALYSES / RADIOGRAPHIES

| ANALYSES / RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Designation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODE.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------|-------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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></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></td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DR MJAHED SAAD
OPHTHALMOLOGIE
NOOR SETTAT

Chirurgie de cataracte par phaco
 Ophtalmologie pédiatrique
 Chirurgie de strabisme et dacryo
 suive du glaucome - diabète
 échographie oculaire
 OCT; Angio, Laser
 Contactologue
 Chirurgie réfractive



الدكتور امجاده معد
 طب وجراحة العيون
 نور سطات
 جراحة المجلة
 طب عيون الأطفال
 جراحة المول والمسالك الدمعية
 مراقبة ضغط العين-السكري
 العدسات اللاصقة
 أمراض الشبكية
 تصحيح البصر - لازير

ORDONNANCE

SETTAT LE
 05 décembre 2022 سطات في

Enf. ALLAOUI Malak

€1,60
BROPDEX

ST

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

ALLERGO-COMOD: collyre CL

ST

2 gouttes 2 fois par jour, , dans les deux yeux, pendant 2 Mois



Dr. MJAHEDE OPHTHALMOLOGISTE
 Bd. Princesse Lalla Aicha Imm Malak Errahma Etage 1 SETTAT - TEL: 05.23.40.34.77



شارع الأميرة لالة عائشة إقامة ملاك الرحمة الطابق 1 الشقة 1 - سطات
 Bd. Princesse Lalla Aicha Imm Malak Errahma Etage 1 App 1 (EN FACE ONE) - Settat
 الهاتف : 05 23 40 39 98



OPTIQUE NABIL VISION

Optique Médicale et Solaire - Lentilles de contact

Settat, le : 22/12/2011

FACTURE N° 016728

Client : ALLAOUI MALAK

| | SPH | CYL | AXE | ADD |
|----|--------|--------|-----|-----|
| OD | - 0.25 | - 0.15 | 157 | |
| OG | - 0.25 | - 0.15 | 168 | |

| Qté | Désignation | P.U (HT) | Montant (HT) |
|------------|--------------------------------|----------|--------------|
| 1 | MONTURE optique | 1000 | 1000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 2 | VERRES myopie fl. Blue edge | 500 | 1000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total (HT) | | | 2000 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux milliers

DHJ HT.

NABIL VISION
SRIEJ Nabil
Opticien Optométriste
5 Bd Hassan II Kissariat Ennakhil Settat
Tél/Fax: 05 23 72 03 51

DR MJAHED SAAD

OPHTALMOLOGIE

NOOR SETTAT

Chirurgie de cataracte par phaco

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie de strabisme et dacryo

suive du glaucome - diabète

échographie oculaire

OCT; Angio, Laser

Contactologue

Chirurgie réfractive



الدكتور أمجاده مساد

طب وجراحة العيون

نور سطات

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

جراحة الحول والمسالك الدمعية

مراقبة ضغط العين-السكري

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

تصحيح البصر - لازير

ORDONNANCE

SETTAT LE سطات في
05 décembre 2022

Enf. ALLAOUI Malak

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = - 0.25 (- 0.25 à 157°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 168°)

NABIL VISION
SRIEJ Nabil
Opticien Optometriste
5 Bd Hassan II Kissariat Ennakhil Settat
Tél/Fax: 05 23 72 63 51

شارع الأميرة لالة عائشة إقامة ملاك الرحمة الطابق 1 الشقة 1 - سطات
 Bd. Princesse Lalla Aicha Imm Malak Errahma Etage 1 App 1 (EN FACE ONE) - Settat
 الهاتف : 05 23 40 39 98