

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° W21-814195

202307

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7572

Société :

Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Yacoub Youssef Nabil eldene

Date de naissance :

20/02/1958

Adresse :

98 Rue Qarabi lalla haya farga
Yacoub

Tél. :

0661 11209

Total des frais engagés :

4750,00 Dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur JELLAB BADR

OPHTALMOLOGISTE

Av. Yacoub El Mansour, Résidence

Yacoub El Mansour B, 6ème étage Guéliz

Marrakech Tel: 05 22 20 45 45

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06 Mars , 2024

Nom et prénom du malade :

AMANE AAFIA

Age: 52 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

coopération ophtalmologique

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 :

Yacoub

Signature de l'adhérent(e) :

Elma

Le : 08/10/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Optique Maroc Lot. Manar Lohlou Imm. C. 18 Mai N°7 Quartier harat - Marrakech 5000053	11.03.24	# 4500.00 Dh

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																													
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 <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td></td></tr> </table>											Nature des Soins <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td></td></tr> </table>											Coefficient <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td></td></tr> </table>											INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>											
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																																													
MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																																													
DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																																													
FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																																													
MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																																													
DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																																													
DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 																																													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td></tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G																															
H	25533412	21433552																																											
D	00000000	00000000																																											
B	35533411	11433553																																											
G																																													
[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 Jellab Badr

Ophtalmologiste



الدكتور جلاب بدرا

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جامعي في طب العيون العصبي

جامعة باريس VI

دبلوم جامعي في جراحة العين بالليزر - جامعة بريست

طبيب داخلي سابق

بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش

Diplôme d'université en neuroophthalmologie
université Paris VI

Diplôme d'université en chirurgie réfractive
université de Brest

Ancien Médecin Interne du CHU Mohamed VI
Marrakech

06 mars 2024

Mme AMANE Ouafa

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.75

OG = + 0.50

VP : ODG = Add : + 2.00



Docteur JELLAB BADR
OPHTALMOLOGISTE
Av. Yacoub El Mansour, Résidence
Yacoub El Mansour B 3ème Etage
Gueliz - Marrakech - Tel : 05 24 42 21 23

شارع يعقوب المنصور إقامة يعقوب المنصور عمارة ب الطابق 3 شقة 4 جليز مراكش

Av. Yacoub Al Mansour, Residence Yakoub El Mansour Imm. B 3eme Etage, Plateau 4 Gueliz - Marrakech
(au-dessous de la banque société général) Tél/Fax : 05 24 42 21 23 - E-mail : jellab_badr@yahoo.fr

menara optique

FACTURE

DATE : 11 mars 2024
71/24

Marrakech
Téléphone: 0524055525

RC: 101285 / Patente N°: 45304749
IF:39454829
identifiant commun de l entreprise
00 2372345000053

Spécialité : Cabinet d'optique



inp 075004010

AMANE OUAFA

arretée la presente facture à la somme de : quatre mille cinq cent dirhams payés en espèce

MERCI DE VOTRE CONFIANCE !

