

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de maladie

N° W19-565600

48049

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9619

Matricule : 9619 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GRINE

Date de naissance : 08/03/1962

Adresse :

Tél : 0665 122088 Total des frais engagés :

MUPRAS
20 NOV. 2010
ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin :

Dr. Khalid LOUGHZAIL
Spécialiste en ophtalmologie
Angle Av. Med Diouri & Rue Yarmouk
Appt N°1. 1er étage - Kénitra
0537 37 13 34 / 0537 37 13 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12.10.20

Nom et prénom du malade : Zoualci Dalcin Age : 44

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Conjonctivite allergique

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 20/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-565600

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 9619
Nom de l'adhérent(e) : GRINE
Total des frais engagés : 200,00

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.

RELEVÉ 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
12.10.20	C	1	200	Dr. Khalid LOUGHZAIL Spécialiste en ophtalmologie Angle Av. Med Diouri & Rue Yarmouk App. N°1. 1 ^{er} étage - Kénitra 0537 37 13 36 / 0537 37 13 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13/11/20					1800 DH

SUPER LENS
Opticien Optométriste
3, Rue Reina Elizabeth Kénitra
05 37 37 53 40
ABOTENI Med

INPE: 055020085

VOLET ADHÉRENT

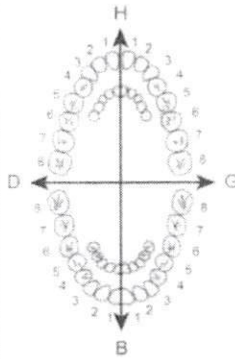
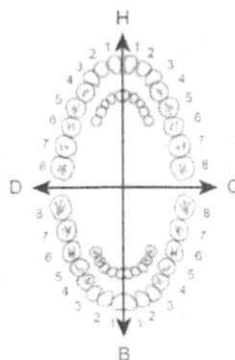
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>23533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	23533412	21433553	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
23533412	21433553																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

FACTURE N° 001170

Kénitra, Le 13/11/20

M. Zou AKI DAKIRA

Vision de Loin

œil D. 5° cyl -1.25 SPH -0.75 900 DH
œil G. 175° cyl -1.75 SPH -0.75 900 DH

Vision de Près

œil D. cyl SPH

œil G. cyl SPH

VERRE Organique Traitement pc Lens

MONTURE

Annexez la présente facture à
la somme de mille huit cents
Dirhams

TOTAL

1800 DH

SUPER LENS
Opticien Optométriste
3, Rue Reine Elizabeth Kénitra

3, Rue Reine Elizabeth - Kénitra - Tél.: 05 37 37 53 49

Dr. Khalid LOUGHZAIL

Spécialiste en Ophtalmologie

Ancien Interne à la Fondation

A. de Rothschild (Paris)

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Rabat et de Paris

Angiographie Rétinienne Numérisée

Laser - Pachymétrie

Echographie Oculaire

Phacoémulsification



الدكتور خالد لغزائل

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمؤسسة روتشلد

لطب وجراحة العيون (بباريس)

تصوير الأوعية الشبكية الرقمية

العلاج بأشعة الليزر

تصوير العين بالموجات مافوق الصوتية

التصوير الشعاعي الطبقي

جراحة الجلالة بالديديبات مافوق الصوتية

القنيطرة في : 12 octobre 2020 Kénitra le :

Mme ZOUAKI Dakira

Monture + verres correcteurs

Antireflets

OD = - 0.75 (- 1.25 à 5°)

OG = - 0.75 (- 1.75 à 175°)

SUPER LENS
Opticien Optométriste
3, Rue Reine Elizabeth Kénitra
05 37 37 13 36 / 05 37 37 13 36
ABOTEM Med

Dr. Khalid LOUGHZAIL

Spécialiste en ophtalmologie

Angle Av. Med Diouri & Rue Yarmouk

Appt N°1. 1^{er} étage - Kénitra

0537 37 13 36 / 0537 37 13 33

زاوية شارع محمد الديوري وزنقة اليرموك عمارة رقم 1 الطابق الأول (فوق البنك الشعبي) - القنيطرة : 0537.37.13.33 - 0537.37.13.36

Angle Av. Med Diouri et Rue Yarmouk - Appt. N 1 Premier étage (au Dessus de la Banque Populaire)