

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.

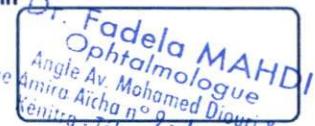
Adresses Mails utiles

- 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° W21-764811

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10302</u>		Société : <u>RATP</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ENOUFSKI Aicha Imene</u>			
Date de naissance : <u>15/07/1963</u>			
Adresse : <u>23 Rue ANOUM, RESID FLEURY</u>			
Tél. : <u>0660 30 86 85</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>22/10/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Enoufski Aïcha</u> Age : <u>13 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Amotispie</u>			
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 : Dr. Fadela MAHDI

Le : 05/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-764811
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
22.10.2020	C	1	2.612 Dhs	Dr. Mohamed M'hamed INP : 051262723 Ophthalmo- Annabli Kébiria & rue Amira Aicha n° 9 Tél : 05 37 39 42 40

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. 25.10.2022 Khalid Al-Hanafi HICHL AL-HANAFI Medical Center Riyadh, Saudi Arabia Mobile: +966 537375000	25.10.22				T 2 1 20000.00	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dr. Fadela MAHDI
Ophthalmologist
 Maladies et chirurgie des yeux
 Angiographie numérisée
 Laser - OCT
 Ex. attachée à l'Hôpital militaire
 d'instruction Mohamed V - Rabat



الدكتورة فضيلة مهدي
 أخصائية في أمراض و جراحة العين
 تصوير لأوعية المريض - الليزر
 فحص الشبكة بالليزر
 طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري
 الدراسي محمد V - الرباط

EYECLIC ALAE
 Kénitra 10
 Avenue Mohamed Diouri & Imm. Annakhil
 Tel.: 05 37 39 42 40

correction laser laser

$$\text{OD} = -975 \text{ C} - 0,25 \text{ à } 65^\circ$$

OC = plan

verre anh - lentile Icu

CONFORT OPTIQUE
MECHICH ALAMI Kaoutar
 Opticienne Optométriste
 17, Rue El Jansali, Mar N°1
 Kénitra - Tel: 05 37 36 60 90
 ICE : 001667375000030



شارع محمد الديوري زنقة أميرة عائشة عمارة النخيل الطابق الأول رقم 9 - القنيطرة.

Angle Av. Mohamed Diouri et rue Amira Aïcha Imm. Annakhil 1er Étage Bur. n° 9 - Kénitra.
 Tél.: 05 37 39 42 40 GSM : 06 32 77 75 18 E-mail: docteurfadela4@gmail.com

Confort Optique

Kénitra, Le 25/10/2022

FACTURE

17, Rue El Hansali Maq N° 1 (Près de C.T.M)

Kénitra - Tél. : (05) 37 36 60 99

B.C. : 45468 - Patente : 201 10 942

T.F : 288 23 742 - CNSS : 65 85 262

No

0788

M. ENOUSIR
Dr. FADEL GHAOUI Alaa

VISION DE LOIN		VISION DE PRES	
OD: Sph -0,75	Cyl (-0,25 à 65)	OD: Sph	Cyl
OG: Sph Plan	Cyl	OG: Sph	Cyl
QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX	
	Monture : Verres : <i>Progressive traité Anti Reflex Aree lunette Bleu</i>	<i>500,00 DH 400,00 DH</i>	
MONTANT (en lettres)	Total TTC :	<i>751.200,00 DH</i>	
<i>Mille deux cent</i>	<i>Cachet Signature</i>	CONFORT OPTIQUE MECHICH ALAMI Kaoutar Opticienne Optométriste 17, Rue El Hansali, Mag N°1 Kénitra - Tel. 05 37 36 60 90 Fax: 05 37 36 60 90 C.E.P. 10100 - 001657375000030	