

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.

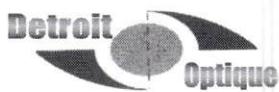
13720

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12838	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AFRH OUL Mohamed Amine
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 68 59 58 98 Total des frais engagés : 1000 Dhs			
Cachet du Médecin			
Docteur ZAIA MOURAD PROFesseur EN OPHTALMOLOGIE 4, Avenue Bin Al Ouidane, Apt. 2 Agdal - Rabat - Tél. : 05 37 77 78 76 INPE : 101108173			
Date de consultation : 31/10/2022			
Nom et prénom du malade : AFRHOUL Mohamed Amine Age : 40			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Geste chirurgical			
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 : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 31/10/2022



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
11/11/22	CB		300,00	INP : 1234567890 Signature : Dr. [Signature] Date : 11/11/2022 TAXE MEDICOLOGIE Agent 2 N° 777876



RABAT LE 01/11/2022

FACTURE N° 931/22

CLIENT MR AFRHOUL MOHAMED AMINE

DESIGNATION	PRIX (Dh)
VL MONTURE	0,00
ORMA HOYA	800,00
TOTAL	800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
HUIT CENT DHS

DETROIT OPTIQUE
26, Rue Loubnane
Rabat

Detroit Optique : 26, Rue Loubnane Océan Rabat Tél: 05 37 70 96 14 - 05 37 26 22 52 - Fax: 05 37 72 72 66 - N° vert 08 00 00 30 25
RC 86148 - IF : 33 76 54 76 - Patente : 26 31 07 89 - ICE : 0017 15613 0000 23
Email: d3optique@hotmail.fr

Docteur Zakia MOHCINE KHLIFI

Ex. Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Chef de Service - Hôpital Spécialités

Maladie et Chirurgie Oculaire - Laser - Angiographie



الدكتورة زكية محسن خليفي

أستاذة سابقة بكلية الطب بالرباط

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى الإختصاصات سابقا

أمراض وجراحة العيون - أشعة المفرز - أونجيوغرافية

Rabat, le

le 31/10/22
الرباط، في

mr Afrhoul mohamed
Sleïme -

vers de correction
antireglis + contre
oo -0,50 (140° - 1)
of -0,75 (95° - 0,75)

Docteur Zakia Mohcine Khliifi
PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE
4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt. 2
Agdal - Rabat Tél : 05 37 77 78 76
INPE : 101108173

DETROIT OPTIQUE
26, Rue Loubiane
Rabat

05 37 77 78 76 ، شارع بين الويidan، الشقة رقم 2 أكدال، الرباط - الهاتف :
4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt 2 - Agdal, RABAT - Tél. : 05 37 77 78 76