

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

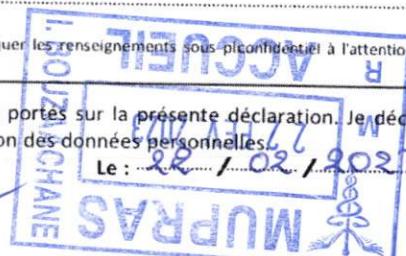
N° W21-786338

150529

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13142		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : BENDADA MOHAMMED-IMAD			
Date de naissance : 14/01/1996			
Adresse : 158 Angle AV Des FAR et Rue MLY ABDELLAH IMM QORDOBA APPT 06 KENITRA 11.000 MAROC			
Tél. : +212 6 614 953 955 Total des frais engagés : 4850,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
DR. SOKRER Hachad Epouse Dr EL HAJAJI OPHTALMOLOGISTE RDC, Bd. Abderrahmane Serghini Immeuble Bouargane - Mohammedia	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 07 FEV 2023 32 59 70	
Nom et prénom du malade : BENDADA Mohamed Imad Age : 32	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint - <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection ceul laise	
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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/01/2023	C3		250.00	INP : 091180152

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
OUAVI Abdellatif SE Opticien Optométriste BLOC F - HAY SÉGÉD Tél. : 06 80 81 81 01	17/02/23				100,00

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
				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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
B																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr HASNAE SKIKER

Maladies et Chirurgie des Yeux (Adulte, Enfant)
Ancien Interne au Centre Hospitalier
Universitaire de Rabat



الدكتورة حسناء سكير

أمراض وجراحة العيون (كبار، أطفال)
طبيبة داخلية سابقة
بالمراكز الإستشفائية الجامعي بالرباط

Diplôme d'Adaptation Lentille de Contact
(Université Versailles Paris)
Diplôme de Chirurgie Refractive et cataracte
(CHU Casablanca)
Diplôme de Pathologie chirurgicale de la Rétine
(Université Lorraine Nancy)
Refractive surgery Masterclass
(CPD London)

07 février 2023

Mohammedia, le المحمدية، في

Mr BENDADA Mohammed Imad

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets ET ANTILED

Vision de loin :

OD = - 1.75 (- 0.75 à 15°)

OG = - 1.75

*SETOUANI VISION S.A.R.L
Abdellatif SETOUANI
Opticien Optométriste
16, Bld F. Hay El Goulli - Sidi Slimane
Tél. : 06 23 32 59 70*

ARTELAC: collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Dr. SKIKER Hasnae Epouse Dr. EL HAJAJI
OPHTALMOLOGISTE
RDC, Bd. Abderrahmane Seighini
Immeuble Bouargane - Mohammedia
Tél. : 06 76 93 59 07

Ma

تلف: 06 76 93 59 07 - تلف: 05 23 32 59 70 - بريد: cabinetophthalmologiedrskiker@gmail.com

الطابق السفلي، عمارة بوركان شارع عبد الرحمن السرغيني قرب صيدلية المسبح - المحمدية

SETOUANI VISION

Abdellatif SETOUANI

Opticien Optométriste

Spécialiste en lentille de contact

16, bloc F Hay Essalam

Sidi Slimane

Tél.: 06 80 81 81 07



Sidi Slimane, le : 17/02/23

FACTURE : N°0002852

M. BEN DADA Mohamed inas

Nomenclature	Désignation	P. U.	Total
01	lunette monture de type plastique	1500,-	
02	lunettes lunettes en acrylique et lunettes gris	2500,-	
	Lis -1.75 (-2.75 à 1.5)		
	Lis -1.75		

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TOTAL

4000,-

*lunette mire d'interieur
en grecs.*