

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Industrie - Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 073035

157464

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2076 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mu^z Khaolya BOUTNI

Date de naissance : 03. NOV. 1956 Cada 20.200

Adresse : 30, rue elkhawane Agit et Hay Ennabe

EX Beaumagno

Tél. : 06 63 00 6681 Total des frais engagés : 647.00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza IRAQI HOUSSAINI

OPHTALMOLOGISTE

Lot. Oumaima, Hay Oualae

1er étage, Karia - Salé

Tél: 05 37 83 16 23 - 07 22 14 77 14

INPE : 04 297 367

Date de consultation : 13/02/2023

Nom et prénom du malade : Bawati Khalida Age: 67 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Myode sésigiale OC

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 : Rabat, 07/02/2023 Le : 19/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

BELEVE 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
19/02/23	3		5000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BOUBNAÏD, Rabat N°32, AV. La Résistance Rte Londres Océan, Rabat Tél.: 0537 72 40 55	19/02/2023	147.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHESIVE

2011

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
D	G
00000000	00000000
00000000	00000000

D	00000000	00000000	G
	0000000000	0000000000	
	2555551111	1111000000	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A dental arch diagram showing upper and lower arches with numbered teeth (1 through 8) and a central horizontal arrow pointing from left to right, indicating a movement direction.

VISA ET SIGNATURE DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

— 10 —

• 100 •

DATE DE

DATE DE

Cur.

مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat



PT230219123939



19 février 2023

BOUTNI Khadija

THEALOSE COLLYRE

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

16: 05 37 83 15 23 11 55 14 77
1st. degree, Karr - Sial
L. O.P.H.T.A.L M.O.L.G/S.T.E.
Hameza RAJAI HUSSAINI

Avenue Ibn-Khaldoun - Rabat - Maroc / PATENTE : 25741396 / IF : 14471365
CNSS : 9622425/INPE : 100061548 - Tél. : 05 37 67 66 66 - Fax : 05 37 77 72 51
contact@cliniquevisionrabat.ma @cliniquevisionrabat.ma

Théa CE 0459

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT**RABAT****Reçu de caisse**

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23B191239	BOUTNI KHADIJA	19/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		500,00
Total payé		500,00

Reçu établi par : TAOUIFIK

Cvr مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat
26, Avenue Ibn-Khaldoune,
Agdal - Rabat, tel : 05 37 67 66 66
Urgence Ophtalmologique