

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

- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-704603

☐ Maladie ☒ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1248 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEKKAT MOUNTASSER
 Date de naissance : 30-06-1947
 Adresse : 45 Rue Jaafar Essadik Agdal RABAT
 Tél. : 06 60829373 Total des frais engagés : 15800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. WAFIA BENMANSOUR OPHTALMOLOGISTE 28, Avenue de France Agdal Rabat
 Date de consultation : 11/01/2023
 Nom et prénom du malade : Sekkat Mountasser T6
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Vice de refraction
 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 Le : 4 / 8 / 23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013

| 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 |
| 11/07/2023 | G2 | | 300 DH | INP : 16102465 WAFAB OPHTALMOLOGIE 28, Avenue |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| MEDI OPTIQUE Mr Rhardisse Khalid Opticien Optométriste Aut. N° 3276 4000 Oumel - Agdal - Rabat T. Fax: 0537 71 90 96 | 24/08/2023 | 15500.04 |

[illegible]

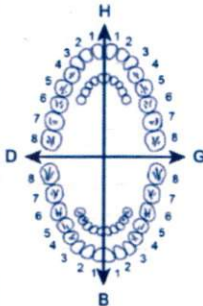
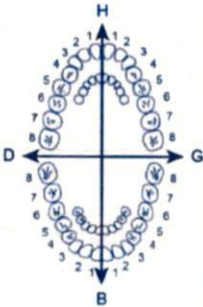
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de l'ODF.

| 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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'EXECUTION

MEDI - OPTIQUE
ICE 001936515000005
IF. 34317380
INPE. 105010045

Résidence Rif, Av. Fal Ould Oumeir N°68
10000 RABAT
Tél: 05 37 77 16 16
Fax: 05 37 77 90 96

M. MOUNTASSER SEKKAT

FACTURE N° : F23/0027

Date : 04/08/2023

Prescrit par : Dr.BENMANSOUR

No ID :

En date du :

| Désignation | Qté | Prix unit. | | Valeur | TVA |
|--|----------|------------|--|-----------------|------|
| LIGHT 3DVE 1.6 TRANSITION GRIS PLATINIUM | 1 | 4500.00 | | 4500.00 | 20.0 |
| LIGHT 3DVE 1.6 TRANSITION GRIS PLATINIUM | 1 | 4500.00 | | 4500.00 | 20.0 |
| LINDBERG THINTANIUM 5504 47/21 COL U13 | 1 | 6500.00 | | 6500.00 | 20.0 |
| Corrections : VL D. Sph: +0.75 Cyl: -0.25 Axe: 90° Add: +3.00 VL G. Sph: +1.00 Add: +3.00 VP D. Sph: +3.75 Cyl: -0.25 Axe: 90° VP G. Sph: +4.00 | | | | | |
| Total | 3 | | | 15500.00 | |

| Total H.T. | Total TVA | Total T.T.C. | Acompte | A PAYER |
|------------|-----------|--------------|---------|--------------------|
| 12916.67 | 2583.33 | 15500.00 | | 15500.00 DH |

MEDI OPTIQUE
Mr Rhardisse Khalid
Opticien Optométriste
Aut. N° 3276
68, Av. Fal Ould Oumeir, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 77 16 16 - Fax: 0537 77 90 96

TVA N° 51 59 91

N° Siren PATENTE 25 72 22 85

N° Siret RC 37054

Aut. N° 3276

Dr. Wafa BENMANSOUR

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Angiographie - Laser

الدكتورة وفاء بنمنصور

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر
خريجة كلية الطب بمونبلي

Rabat, le 11/07/2023

Mr SEKKAT Mountasser

lunettes verres progressifs
et anti-reflets
OD +0.75 (90° - 0.25)
OG +1.00
de fus Add +3.00

MEDI OPTIQUE
Mr Rharrisse Khalid
Opticien Optométriste
Aut. N° 8226
68, Av. Fal Ould Oumdi, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 77 19 77 - Fax: 0537 77 90 96

Dr. Wafa BENMANSOUR
OPHTALMOLOGISTE
28, Avenue de France
Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 19 77