

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

№ W21-704603

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)				
Matricole : <u>12418</u> Société : <u>RAM</u>				
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :				
Nom & Prénom : <u>SEKKAAT MOUNTASSER</u>				
Date de naissance : <u>30-06-1947</u>				
Adresse : <u>45 Rue Jaafar Essadik Agdal RABAT</u>				
Tél. : <u>06 60839373</u> Total des frais engagés : <u>15800</u> Dhs				

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
	Date de consultation : <u>11/01/2023</u>
	Nom et prénom du malade : <u>SEKKAAT MOUNTASSER</u>
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : <u>Vise de réfraction</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 : Rabat Le : 18/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/07/2023	C	3	300DH	INP : 11111111111111111111111111111111 M. HAFADH OPHTALMOLOGISTE 28, AV. FAL OULD OUMEL AGDAL, RABAT TÉL. 0537 77 16 16. Fax: 0537 77 00 96

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
MEDI OPTIQUE Mr Rhardisse Khalid Opticien Optométriste Aut. N°3276 Av. Fal Ould Oumel Agdal, Rabat Tél. 0537 77 16 16. Fax: 0537 77 00 96	04.08.2023	155.000 D.D.	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

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"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>			
	ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
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
 68, Av. Fal Ould Oumeir, Agdal - Rabat
 Aut. N° 3276
 Tél.: 0537 77 16 16-Fax: 0537 77 90 96*

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 vers progressifs
et anti-reflets

OD +0.75 (90°-025)

OG +1.00

de fts ADD +3.00

MEDI OPTIQUE
Mr Rhardisse Khalid
Opticien Optométriste
Aut. N° 3226
68, Av. Fal Ould Oumair, Agdal, Rabat
Tél.: 0537 77 16 16 - Fax: 0537 77 90 96

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