

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : D772

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BRAIJI Mohammed

Date de naissance : 1948

Adresse : 100 Bloc 104 cité cherif AGADIR

Tél. : 06 14 08 8949 Total des frais engagés : 1620DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. SARA EL AADRAQUI
MEDECIN OPHTALMOLOGISTE
1 ALLEE DES TRONCS ETG 2 APPT 6 RIAD AL GIZLANE
AIN SEBA CASABLANCA GSM +21 642 692 614
saraaadraoui@gmail.com*

Date de consultation : 18/08/2023 INPE : 121244461

Nom et prénom du malade : Mohammed BRAIJI Age : 1948

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Consultation correction

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casab Le : 23/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
18/08/18	correction		200 DT	DR. SARA ELAADRA MEDECIN OPHTALMOLOGISTE STRONETIC 2 APP 6 RIAD AL GHIZLANE ABDALLAH BLSM 22 642 692 614 sara.salam@gmail.com 0524461

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr. Ali Selman OUAZI Tel.: 05 22 66 01 11	18/09/23					1400 DT

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The grid is bounded by a thick black border. The top row contains circles with the numbers 1 through 10. The bottom row contains circles with the numbers 1 through 10. The left column contains circles with the numbers 1 through 10. The right column contains circles with the numbers 1 through 10. The center circle is empty. Each circle contains a small letter 'y' and a number. The numbers are arranged as follows: Row 1: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Row 2: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1. Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2. Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3. Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4. Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5. Row 7: 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6. Row 8: 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. Row 9: 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Row 10: 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

[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

Dr. Sara EL AADRAOUI
MEDECIN OPHTALMOLOGISTE

Diplôme de la spécialité de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital Provincial de Boulmane
Ex. Ophtalmologiste à L'hôpital Régional
de Béni Mellal

Maladies des yeux, glaucome et stabisme.
Chirurgie de la Catactecte par Phacoémulsification.
Chirurgie des annexes et des voies lacrymales.
Echographie oculaire - Angiographie oculaire.
OCT oculaire - Laser.



ORDONNANCE

Nom : Mohammed
BRAIJI

Date : 18/08/18

Lunettes pour VL + Monture
vexe anti UV, aminci

- OD: +0,75 (-2 à 102°)

- OG: +0,50 (-2,50 à 84°)

Lunettes pour VP: vexe aminci

- OD: +3,25 (-2 à 102°)

- OG: +3,25 (-2,50 à 84°)

DR. SARA EL AADRAOUI
MEDICIN OPHTHALMOLOGISTE
1 ALLEE DES TRONES C.G. 2 APART 6 PLATEAU CHIZIANE
AIN SEBA'A CASABLANCA GSMS: 0642 692 692 14
Email: saraadraouisalim@gmail.com
INPE 12124461

VISION POWER A.S
Opticien Optométriste
Rés Robert N° 8, Bé Chéchouini
Ain Seba'a Casablanca
Tél.: 0522 56 07 41

VISION POWER as

R.C : 524995 / PATENTE : 31502334 / IF : 50691421/

ICE : 002934766000036

RES Robert n°8 Bd Chefchaouni - Ain Sebaâ
 20230 CASABLANCA
 Tél: 0522660741

M. MOHAMMED BRAIJI

FACTURE N° : F23/1908

Date : 18/08/2023

Prescrit par : Dr.SARA EL AADRAOUI
 No ID :

En date du : 18/08/2023

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
VL : VERRES ORGANIQUE MTC AMINCI	2	300.00	600.00	20.0
VP : VERRES ORGANIQUE MTC AMINCI	2	400.00	800.00	20.0
Corrections :				
VL D. Sph: +0.75 Cyl: -2.00 Axe: 102° Add: +2.50				
VL G. Sph: +0.50 Cyl: -2.50 Axe: 84° Add: +2.75				
VP D. Sph: +3.25 Cyl: -2.00 Axe: 102°				
VP G. Sph: +3.25 Cyl: -2.50 Axe: 84°				
Total	4		1400.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1166.67	233.33	1400.00		1400.00 Dh

TEL: 05 22 66 07 81
 Ain Sebaâ Casablanca
 Dr. Robert N. Braiji
 Opticien Optométriste
VISION POWER AS

