

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.

N° W21-625463

69029

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 08176			
Société : Royal Air Maroc			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BICHA JILALI			
Date de naissance : 19-09-1962			
Adresse : RAM SENECAAL DAKAR			
Tél. : 00221 77 639 5125 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 19-04-2021	
Nom et prénom du malade : BICHA JILALI	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : A	
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 : TEMARA	
Signature de l'adhérent(e) : 	
Le : 26/04/2021	



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
19/04/2011	CS		25000	INP : 10000829

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>SANTE VISION</i> MAOU MARIA OPTIQUE 25200007-1NPE 105000 DULAY RACHID TEMARA 25 37 64 27 56	26/11/2021	<i>Acetate vert</i>				<i>30000</i>

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.

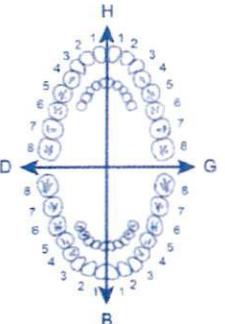
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

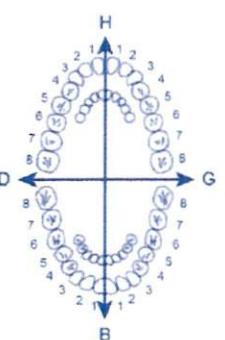
FIN
D'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'Ophtalmologie
Dr. ARAQI Houssaini Fatima zahra
Ophtalmologiste

Ex. Attachée à l'hôpital Militaire

Mohammed V – Rabat

Ex. Attachée au CHU 20 Août. service
d'ophtalmologie pédiatrique – Casablanca

عيادة طب وجراحة العيون
الدكتورة عراقى حسيني فاطمة الزهراء

أخصائية في طب وجراحة العيون

طبيبة ملحقة سابقا بالمستشفى العسكري

محمد الخامس الرباط

طبيبة ملحقة بالمستشفى الجامعي 20 غشت

قسم طب العيون الأطفال الدار البيضاء



Témara, le 19/04/2021 تمارة، في

Mr. BICHA Jilali

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.50

OG = + 2.25 (- 0.50 à 82°)

VP : ODG = Add : + 2.50

SANTE VISION
MELHAOUI MARIA OPTICIENNE
ICE:001687952000067-INPE 105002596
N°17 AV MOULAY RACHID TEMARA
TEL: 05 37 64 27 56

SANTÉ VISION

Opticienne Optométriste

Diplômée d'état

Adaptation de Lentilles de Contact

9,Av. Moulay Rachid - Témara - Centre

Tél : 05 37 64 20 47

M A B C E H A T S U A L S

Facture

N° 022712

SANTE VISION
MELHAOUI MARIA OPTICIENNE
N°17 AV MOULAY RACHID TEMARA
TEL: 05 37 64 27 56



VISION

Témara, le 26/04/2021

NOMENCLATURE	DESIGNATION	P.U	MONTANT
471	Vue presbytie 100%	2750	2750
	plus lent reflet		
431	Vue presbytie 100%	2750	5500
	plus lent reflet		
00 - 110	Vue presbytie 100%	1500	1500
PC - 12251 05 82	Acuité vue cyptique	1500	1500
ADD 100	Acuité vue cyptique	1500	1500

Dont TVA 20 % inclus

7000,00

Arrêté à la somme de:

3350

Sept mille dinars

SANTE VISION

MELHAOUI MARIA OPTICIENNE

ICE:00168795200067-PIPE 1002596
N°17 AV MOULAY RACHID TEMARA
TEL: 05 37 64 27 56

R.CN° 49580, Identification Fiscal N° 91205125, CNSS N° 2951136, Patente N° 27926730