

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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° M21- 0055642

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6619 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bensmane Azzeddine
Date de naissance : 13.06.1961
Adresse : 6 Rue Ibn Hajar Apt 1211 AGDAL RASAT
Tél : 06 61 48 66 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 24/09/2021
Nom et prénom du malade : Age : 60
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Correction de strabisme
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 : RASAT

Le : 24/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
24/09/21	clé		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/09/21	150,00
		INPEC: 102032452

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

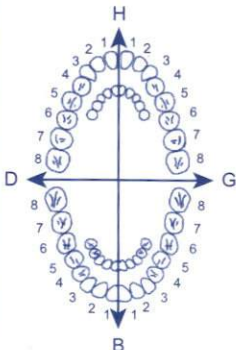
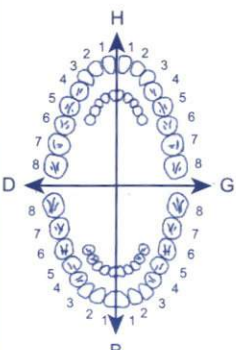
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	13/10					800,00

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 canalaires, ainsi que le bilan

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chama DAOUDI ep. TAZI

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des yeux

Nourrissons, Enfants et Adultes

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris

Ancien médecin au CHU de Rabat

الدكتورة شامة الداودي ح. تازي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

للرضع والأطفال و الكبار

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

Le

24 septembre 2021

Mlle BENOSMANE Ghita

Monture + verres correcteurs

Filtre anti-lumière bleue

OD = - 2.25 (- 0.25 à 18°)

OG = - 2.00 (- 0.25 à 15°)

OPTICOOOL
Adi KAMAL
OPTICIEN - METRISTE
(Adaptation, Escalade, Contact)
222 - Hassan II - Rabat -

Dr. DAOUDI Chama
Ophthalmologiste
59, Av. Fal Ouled Oumeir
App. 8, 4^{ème} Etage, Agdal, Rabat
Tél.: 05 37 77 43 01 / 06 16 01 02 70

59, avenue Fal Ouled Oumeir. App 8, 4^{ème} étage
Agdal-RABAT (en face de MAROC TELECOM)

59 شارع فال ولد عمير ، شقة رقم 8 ، الطابق الرابع
أكدال، الرباط (مواجه اتصالات المغرب)

Tél : 05 37 77 43 01 / GSM : 06 16 01 02 70 / Email : chamaoph@gmail.com

OPTICOOOL

Opticien optométriste
Adaptation de lentilles de contact

DATE : 13-10-2021

FACTURE'639/2021

CLIENT : Mlle.BENOSMANE Ghita

N°	DESIGNATION	UNITE	QTE	PU	DECOMPTE
01	Monture Optique (Cliente)	U	01		
02	Verres AR	U	02	400.00	800.00
	MONTANT H.T				666.67
	T.V.A				133.33
	TOTAL TTC (dont TVA 20%)				800.00

Arrêté la présente Facture à la somme de **Huit Cent Dirhams.**

OPTICOOOL
Adil KAMAL
OPTICIEN OPTOMETRISTE
(Adaptation de Lentilles de Contact)
231, Avenue Hassan II - Rabat

Etui+Essui+Sachet (Gratuit)

Société Opticool sise à 231, Avenue Hassan II – Rabat-Patente : 25762988 R.C : 773182
ICE : 001707683000054 I.F :33515444 RIB : 1818<10 1111184366430017 13(B.P)