

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0005446

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1803 Société : R.A.M. Ex. RBA
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BELAFKIH Mansour
Date de naissance : 02/01/1952
Adresse : Route Kenitra Hay Annasser ARSAT.
N°529. SALA.
Tél : 0661862111 Total des frais engagés : 1450,00 + 250,00 = 1700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Alsubari Alwan Naji Ahmed
Ophtalmologiste
Avenue Assalam, Lot. Al Oumam,
Ihm. 7, 2° étage N°08 - Bab Mrista
Sala - Tél: 05 37 78 01 65

Date de consultation : 07/06/2022
Nom et prénom du malade : Mr BELAFKIH Mansour Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cornée ophtal.
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 :

Le : 09/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

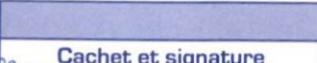
- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	08/06/2022				
	Versaplyp				1000 DM
					4200 DM

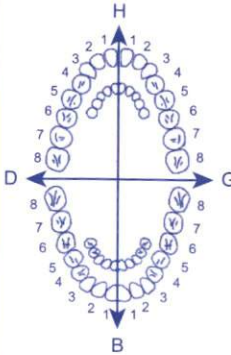
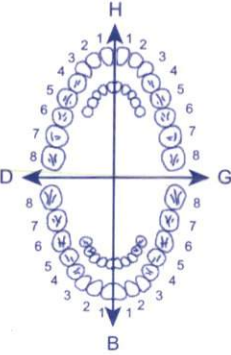
[REDACTED]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

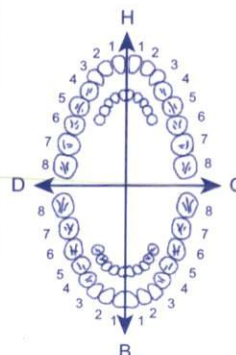
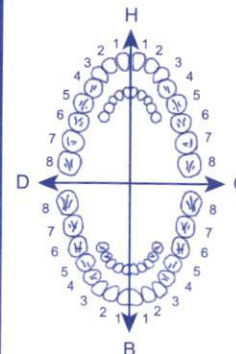
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[illegible]

Coefficient des travaux	
-------------------------	--

MONTANTS DES SOINS	
-----------------------	--

DEBUT D'EXECUTION	
----------------------	--

FIN D'EXECUTION	
--------------------	--

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

Cabinet d'Ophtalmologie

Dr. Alsubari Alwan Naji Ahmed

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de médecine

et de pharmacie de Rabat

Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat



عيادة طب وجراحة العيون

الدكتور الصباري علوان ناجي أحمد

إختصاصي في طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

سلا، في : 07 juin 2022

Mr. BELAFKIH Mansour

Monture + verres correcteurs progressifs
antireflets

VL : OD = + 2.25 (- 1.25 à 83°)

OG = + 3.25 (- 2.25 à 92°)

VP : ODG = Add : + 2.75

Dr. Alsubari Alwan Naji Ahmed
Ophtalmologiste
Avenue Assalam, Lot. Al Oumam,
Imm. 7, 2^{ème} étage N°08 - Bab Misssa
Salé - Tél.: 05 37 78 01 65

Mme Fadoua Sahly
Ophtalmologiste
et d'Optique de Contactologie
Tél.: 06 37 87 81 63 - GSM: 06 74 30 31 99

شارع السلام، تجزئة الأمم - عمارة 7 الطابق الثاني رقم 08 طريق القنيطرة (أمام كارفور)، سلا

📍 Avenue Assalam, lot AL oumam , Imm 7,2^{ème} étage n°08 Route kénitra (en face carrefour) , Salé

📞 Tél.: 05 37 78 01 65 - Gsm: 06 39 51 25 70



CENTRE FADOUA
D'OPTOMÉTRIE ET CONTACTOLOGIE

Salé, le 08/06/2022

FACTURE N° 0006883

Docteur : ALSUBARI

Mr./Mme : B. LAKHIA M. J. J. J.

VISION DE LOIN		VISION DE PRÈS	
OD SPH +2,25	Cyl -1,25 -83°	OD SPH +2,00	Cyl +2,25
OG SPH +3,25	Cyl -2,25 -92°	OG SPH	Cyl

Quantité	Désignation	Prix
01	Monture	4500DA
02	Verres	1000DA
		Total 14500,00DA

Montant (en lettres) mille quatre cent cinquante

Cachet et Signature

Centre Fadoua
et d'Optométrie au
Opacine Optométrique
Contactologie
Tél : 06 37 87 81 63 - GSM : 06 74 30 31 99

N° 104, Cité Chemaou - Salé - Tél. : 05 37 87 81 63

RC : 26329 - Patente : 29495382 - IF : 33609681 - ICE : 002176352000029 - INPE : 105010433