

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-705513

125407

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 92587		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HARIFI BACHIR RACHID
Nom & Prénom :		Date de naissance : 07.05.49	
Adresse : 64 HAY AL MAEHRIB AL ARABI SECT A TAMARAT		Tél. : 0661276226 Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. BENABDALLAH BRAHLY N. Ophtalmologiste 17, Rue Youssef IbnTachfine - Rabat Tél / Fax : 05 37 76 06 50 Tel : 05 37 76 95 58	
Date de consultation : 31 MAI 2022	
Nom et prénom du malade : HARIFI BACHIR Rachid Age: _____	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Compte de la maladie / S'occupe	
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 : 31/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 31/05/2022

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
27 MAI 2009	Ca	-	300,00	INPL 101019887 DRENABY N. Ophthalmologiste 17, Rue Youssef bin Tachfine - Rabat Tél / Fax : 05 37 76 06 50 Tél : 05 37 76 95 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DE LA MARCHE 2. Rue Patrice Lumumba RABAT 0537 76 83 11-0537 76 42 57 07744</p>	31/10/189	941.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'IDF.

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"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

21433552
00000000
00000000
11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX
 CHIRURGIE DE LA CATARACTE (PHACO)
 CHIRURGIE DE LA MYOPIE (LASIK)
 ANGIOGRAPHIE - LASER - OCT



Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
 Ancienne Assistante des Hôpitaux de la région Parisienne

اختصاصية في أمراض و جراحة العين
 جراحة تقويم الرؤية بالليزر
 فحص الشبكية بالليزر
 تصوير الأوعية الشبكية - الليزر
 خريجة كلية الطب بباريس

31 mai 2022

RABAT

الرباط في :

Mr. HARIFI BACHIR Rachid

XAILIN HA

94,00

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

~~PHARMACIE DE LA MARNE~~
 42, Rue Patrice Lumumba
 RABAT
 Tel : 0537 76 83 11-0337 76 42 55

Dr. BENABDALLAH BRADLY N.
 Ophtalmologue
 17, Rue Youssef Ibn Tachfine - Rabat
 Tel / Fax : 0537 76 06 50
 Tel : 0537 76 95 58

