

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

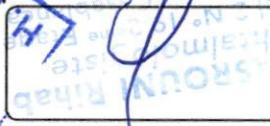
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-691206

1275ko

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12284	Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZINEB
Nom & Prénom : ASSABBAANE			
Date de naissance : 01/11/1986			
Adresse :			
Tél. :	06 61 12 69 216	Total des frais engagés :	3591
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	21/08/2022
Nom et prénom du malade :	ASSABBAANE Zineb
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : 16/08/2022 Le : 16/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
09/08/98 CS		1	250 DH	INP : 091264501

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.08.23	441,-

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	
 OPTICIENNE & OPTOMETRISTE Dar'b	9/8/22				2900,-

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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.																		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>														
		DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>														
		FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>														
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<hr/>			
		H	25533412	21433552														
		D	00000000	00000000														
		B	35533411	11433553														
		<hr/>																
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS		<input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>														

Dr. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صغر وكبار

- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة بكلية الطب بالرباط

09/août 2022

Mme ASSABBANE Zineb

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = + 0.50 (- 0.50 à 165°)

OG = + 0.50 (- 0.50 à 5°)

~~OPTIC DAR'B~~
~~OPTICIENNE & OPTOMETRISTE~~
Bâtiment Al Ansari, N° 12
CASABLANCA

Dr Nasrouni Rihab
Optometriste
N° 19 2ème Etage
Littoral N° 19 2ème Etage
Dar Bouazza - Casablanca
Télé: 05 22 29 26 43

الساحل 2 ، رقم 19. الطابق الثاني. دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)
Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)
Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

OPTIC DAR'B SARL
Opticienne & Optométriste



Lotissement Al Ansari N°123
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 96 51 12

RC : 462981

ICE : 002361650000049

IF : 45759320 - TP : 32991413

CNSS : 32991413

Facture N° 09655

Casa, le

9/08/2022

M. A.S.Sabbane Zineb Doit

Monture des Verres	Vision de loin	Vision de Près	Doubles Foyers	Varilux
	OD	OD	OD	OD
optique	OG	OG	OG	OG
V.L : - OD = +0.50 (-0.50 à 165°)				{ 700,00
- OG = +0.50 (-0.50 à 5°)				{ 700,00
V.P : - OD				
- OG originaire Antenflit bleue (Mikon)				
ADD / OPTIC DAR'B OPTICIENNE & OPTOMETRISTE LOTISSEMENT AL ANSARI, N° 123 CASABLANCA				
TOTAL				2900,-

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux mille neuf cent DH

Dr. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة بكلية الطب بالرباط

09/août 2022

Mme ASSABBANE Zineb

SV

PHYLARM

SERUM POUR LAVAGE OCULAIRE matin & soir
, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

SV

ZALERG COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

SV

1 gte x 2 / j, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS



الساحل 2 . رقم 19. الطابق الثاني. دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)
Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)
Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com