

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

- 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.



Declaration de Maladie

N° W21-637682

145260

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0772 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BRAITI Mohammed

Date de naissance : 1948

Adresse : 100 Bloc 104 cite Cherif Agajin

Tél. : 0614088949 Total des frais engagés : -1600 DH-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lié de parenté

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Asymptomatique

DMLA

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 10/01/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Mu

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
04/01/2023	CS	1	300,00 DH	INP : 091261002
<p>Dr MONTASSER Mounia Ophtalmologiste 15, Bd Chefchaouni 2^{ème} Etage N° 01 Alm Sbaa - Casablanca Tél : 05 22 40 02 34</p>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>OPTIC AIN SEBAA JAMAL AZIZ OPTICIEN GSM : 06 09 07 04 98</p>	12/01					1300,00
	20/23					
<p>INPE N° 09 50 20 715</p>						

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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

شارع الوحدة

عبد السبع

PTIC

Opticiens, optométristes, contactologues

Mr. JAMAI

Salam 5, immeuble 3-Gh 1A, N41

Bd Al Wahda, AIN SEBAA

Fixe : 05 21 00 06 78

Gsm : 06 61 37 03 38

IF : 53190780 - ICE : 002109511000051

TP : 1424/2018/1800 - RC : 390564

Date : 12/01/2023

Facture

N°0002442

Mme/Mr. : BRAIJI Mohammed.

Docteur :

Désignation :

OPTIC AIN SEBAA

JAMAZIZ

OPTICIEN

GSM : 06 09 07 04 98

V.L. : O.D. 95° CYL. -1,00 SPH. pla : 400,00
O.D. 80° CYL. -1,75 SPH. pla : 500,00

V.P. : O.D. CYL. SPH. :
O.D. CYL. SPH. :

ADD. : + 3,00 :

VERRES : Double foyer, Varilux, Fort indice, Super fin, Progressif
Minérale blanc, Photobrun, Photogris, Organique ...:

Monture : Métalique, Plastique : 400,00

Face supplémentaire : A.R./A.R. Multicouche, A.Bleu :

Etui + fil + serviette : Gartuit

Entretien + réparation : Gartuit

Total T.T.C. : 1300,00

Facture arrêtée à la somme de Milles trois cent
vingt

Dr. Mounia MONTASSER

Spécialiste en ophtalmologie

Diplômée de la faculté
de médecine de Marrakech
et Paris-Sorbonne



الدكتورة منية منتصر

أخصائية في طب وجراحة العيون

خريجة كليتي الطب

بمراكش و باريس

Ordonnance

Casablanca le : **07 janvier 2023**

Mr. BRAIJI Mohammed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = (- 1.00 à 95°)

OG = (- 1.75 à 80°)

VP : ODG = Add : + 3.00

OPTIC AIN SEBAA
JAMAL AZIZ
OPTICIEN
GSM : 06 09 07 04 98

Dr MONTASSER Mounia
Ophtalmologiste
75, Bd Chefchaouni 2^{ème} Etage N° 01
Ain Sebâa - Casablanca
Tél : 05 22 34 02 34

75, Bd Chefchaouni, Bureau Chefchaouni, 2^{ème} étage, N° 1 - Ain Sebâa - Casablanca

75, شارع الشفشاوني, مكتب الشفشاوني, الطابق 2, الرقم 1 - عين السبع - الدار البيضاء

☎ +212 5 22 34 02 34 ☎ +212 6 66 89 34 38 / INPE : 091264002 ✉ dr.mouniamontasser@gmail.com