

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.

149906

Optique

Autre

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 120811

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROUHT AZIZ

Date de naissance : 06/12/1975

Adresse : 244492 Rue MALL TENTRAL

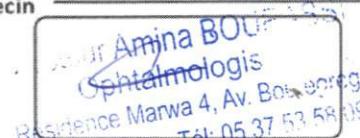
SALAH AL-JAMIA

Tél. : 0662099737

Total des frais engagés : 1800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2023

Nom et prénom du malade : ROUHT AZIZ

Age : 16

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : myopie

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 ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 07 FEV 2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		AM	PC	IM	IV	
<i>M.3iger H. Anatomie humaine Opération abdominale recteure 2A OAI 5-401781-05318</i>	31/01/2023					1500 HT

VOLET ADHERENT

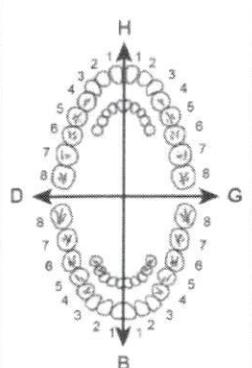
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



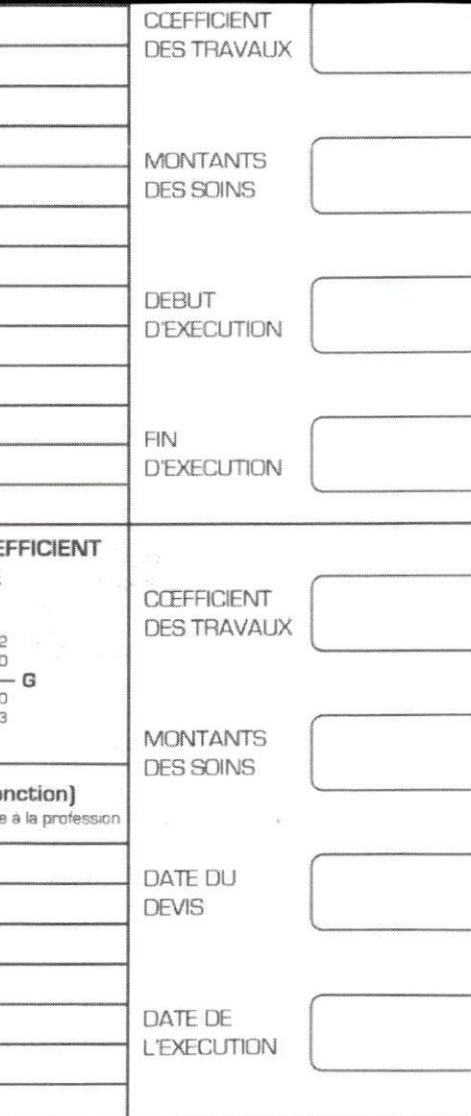
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)



Dr Amina BOURASSI

Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Rabat

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie du glaucome

Strabisme

Angio - laser



الدكتورة آمنة بوراسي

أخصائية في طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

جراحة المياه البيضاء

جراحة المياه الزرقاء

الحول

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

Sala Al Jadida le : 28/01/2023

Mr. Roushi Abderrahmane

1) vers de votre antécédent fracture

→ Vision de Péri

CC : -1150

PC : -1100

Dr Amina BOURASSI
Résidence Marwa 4, Av. Bouregreg
Sala Al Jadida - Tel: 05 37 53 58 09



Appt 1, porte « L », 1^{er} étage, Résidence Marwa 4,
Av. Bouregreg, Sala Al Jadida (près de la conservation foncière)
Tél. : 05 37 53 58 09



M'suger Vision

Facture

Salé, le 31/12/2023
N°. 3712023

Dr :	M. ROUHI <i>Abdelrahman</i>	
VL	VP	
OD : Sph <u>-1,50</u> Cyl	OD : Sph Cyl	
OG : Sph <u>-1,50</u> Cyl	OG : Sph Cyl	
Quantité	Désignation	Prix
<i>monture + verres</i>	Monture ² plastique Verres ² hydrogénique <i>Antireflets</i>	700DH 800DH
Montant en lettres : <i>Un mille</i>	Total	<i>1500DH</i>
Payé : Espèce	Cachet Signature	<i>M'suger Vision</i> Abdelrahman Iamsouguir Opticien-Optométriste Sector 2 AV Armaid Hay Rachad K.O.M Salé. Tel: 05 37 83 44 83

M'suger Vision

Opticien
Optométriste
Spécialité Lentille de Contacte

INPE: 105008890

11 Bis Rue Ferdaous Hay Erachad Sec 2 Karia – Salé – Tél : 05 37 83 44 83

Patente : 28881263 RC : 39904 ICE : 001899100000052 IF : 40454707