

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-700175

AS 3613

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11053 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHBANI KHALID

Date de naissance : 18.12.1968

Adresse : Lotissement Wajda Lot 314 Bouckra

Tél. : 063538767 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur BEBADA Salma
Spécialiste en Maladies et Chirurgie des Yeux
Imm. Herraoui, 2^e étage, Appt. N° 1
Bouskoura Centre - Tél : 05 22 59 05 26

Date de consultation : 22/02/2023

Nom et prénom du malade : SAHBANI YOUSSEF Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

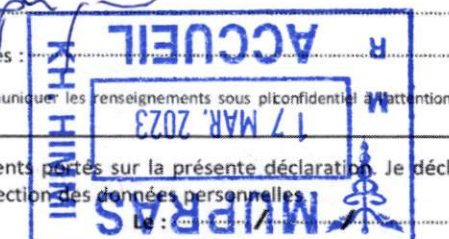
Nature de la maladie : Coréctivité

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 : Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT


Déclaration :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

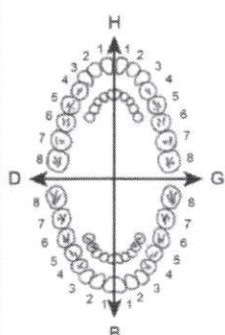
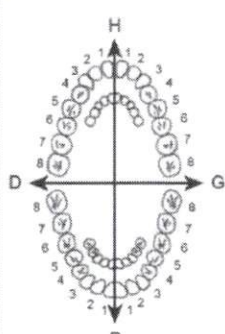
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
22/02 2023	CS		Grahut	

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	
	08/03/23					1500,00

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 canaux, 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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></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	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	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																

Rizki optic

Facture N° 045/2023

LE: 08/03/2023

Client : Mr . SAHBANI YOUSSEF

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
ŒIL DROIT	-0.75	-0.25	10°	
ŒIL GAUCHE	-0.50			

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : ORGANIQUE ANTIREFLETS

Montant de la vision de loin

ŒIL DROIT	500
ŒIL GAUCHE	500
MONTURE	500

Vision de près :

Monture :

Verre :

Montant de la vision de près :

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C :1500.00 DH payé espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Mille Cinq cent dirhams**

Bouskoura Bloc 7, Lotissement IZDIHAR N° 1 RDC - Casablanca.
Tél : 05 22 01 21 33. Patente : 32900842 IF : 37632892 RC : 440697

ICE : 002296648000082



095023560

RIZKI OPTIC
OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
BLOC 7 LOT IZDIHAR N°1 RDC
BOUSKOURA - CASBLANC
Tél : 05 22 01 21 33

Docteur BERRADA Salma

Spécialiste en Maladies et Chirurgie des yeux

الدكتورة برادة سلمى

إختصاصية في طب وجراحة العيون

Chirurgie de la cataracte
Chirurgie du glaucome
Chirurgie réfractive
Chirurgie des voies lacrymales
Contactologie
Angiographie rétinienne
Traitement par Laser



جراحة الجلالة
جراحة المياه الزرقاء
جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة مسالك الدموع
العلاج باللاصقة
التصوير الشبكية



INPE : 091171223

Bouskoura, le :

22/02/2023

Mr. SAHBANI Youssef

Monture + verres correcteurs
organiques anti-UV Antireflets

OD = - 0.75 (- 0.25 à 10°)

OG = - 0.50

RIZKI OPTIC
OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
BLOC 7 LOT ISDIAR N°1 RDC
BOUSKOURA - CASBLANC
Tél : 05 22 01 21 33

Docteur BERRADA Salma
Spécialiste en Maladies et Chirurgie des Yeux
Immeuble Herradi, 2^{ème} étage, Appt. N°1
Bouskoura Centre - Tél : 05 22 59 05 26
E-mail : drberradasalma@gmail.com

Adresse : Immeuble Herradi, 2^{ème} étage, Appt. N°1 Bouskoura Centre (au dessus de la Pharmacie Maria)

Tél : 05 22 59 05 26 - E-mail : drberradasalma@gmail.com