

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

- Reclamation : 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° W21-808307

167 524
 Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4503

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KABIRI MOHAMED

EL KABIRI MOHAMED

Date de naissance : 03/11/60

Adresse : PINEDED 16, Bahia Golf beach

bouznika

Tél. : 0661173434

Total des frais engagés : 4300,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Leila NACIRI
ORHTALMOLOGISTE
15, Av. de France, Agdal - Rabat
INPE: 091196519

Date de consultation : 03/06/2023, Rabat

Nom et prénom du malade : EL KABIRI MOHAMED

Age : 60 ans

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : OPHTALMOLOGISTE

Conjoint

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 : Rabat, 07 JUIL. 2023

Le : 06/10/23

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/06/2013 | CS | | 300,00 | INP : 1091196519 Dr. Leila NACIRI OPHTALMOLOGISTE Av. de France, Agdal - Rabat INPE: 091196519 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| Opticar Naoual EZZAOUI Opticienne - Optométriste 112 Im. Al Manar Av. Hassan II Tél: 05 37 26 09 17 - RABAT | 06/07/2013 | | | | | 400,00 |

VOLET ADHERENT

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

SOINS DE DENT

| | |
|--|--|
| | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | MONTANTS DES SOINS |
| | DEBUT D'EXECUTION |
| | FIN D'EXECUTION |
| | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | MONTANTS DES SOINS |
| | DATE DU DEVIS |
| | DATE DE L'EXECUTION |
| | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |
| | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| | |
|---|---|
| | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 |
| | D 00000000 00000000 35533411 11433553 |
| B | G |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

MANAR OPTIQUE

2/1 Cité Al Manar Avenue Hassan II - Rabat - Tél.: 05 37 26 09 17
 IF : 335133. R.C./600 92 . T.V.A.: 525 638 . I.C.E: 001612802000006 - PATENTE : 25762759

Date : 06/07/2023
 Nom : EL KABRI Mohamed
 Dr. :

FACTURE

N° 11154

VISION DE LOIN

OD CYL -0.50 Sph. +0.50 X
 OG CYL -1.00 Sph. +0.50

VISION DE PRES

OD CYL Sph. +2.50
 OG CYL Sph. +2.50

| | TYPES | PRIX |
|-----------|------------|---------|
| Monture | 1 OPT. gel | 1500,00 |
| Verres | 2 lunettes | 2500,00 |
| Lentilles | | |

TOTAL : 4000,00

Acompte :

Reste :

MONTANT :

Optique
 National LAZZAOUI
 Opticienne - Optométriste
 1/2 Im. Al Manar Av. Hassan II
 Tél.: 05 37 26 09 17 - RABAT

