

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-784528

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Royal Air Maroc	
Matricule : 9801	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : Mme BROU Samira		170503	
Date de naissance : 202 Avenue M6 Route Reain RABAT.			
Adresse : 0678488776		Total des frais engagés : Dhs	
Tél. : 0678488776			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin DR. RAFI Mostai	
Docteur en Ophtalmologie Ophtalmologie La Pinède-i	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	BRÓU Samira
Nom et prénom du malade :	Age : 53 ans
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<input type="checkbox"/> Enfant
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un sceau 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 :	Le : 02 AOUT 2023
Signature de l'adhérent(e) :	R. 03/07/2023

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-784528
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
03/09/18	CONS		300	Dr. RAHIM Mostafa INR: 191113929
Clinique d'Ophtalmologie la Pinède Service Facturation 1, Rue Cadi Moreno, La Pinède.				Docteur en Ophtalmologie Ophtalmologie La Pinède - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Lebeau</i>	<i>23.07.23</i>	<i>496,100</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILLAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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"/>										
D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<p>H</p> <table> <tr><td>26533412</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> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			26533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
26533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Rabat le : 03/07/2023

Docteur : **Dr. RAFI Mostafa**

Docteur en Ophtalmologie

Ophtalmologie La Pinède

أوبتيبرد®
Optipred®

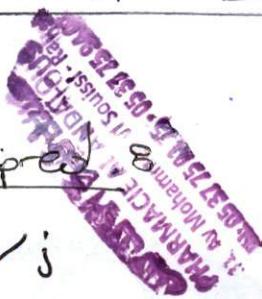
Lot: AA 0106
Fab: 12 22
Exo: 12 24
PPV: 23 DH 40

Mme Samira Ben

23,40

1) Fluconazole optipred

1 gttre x 3 fois/j



2) Vita drop

73,00



1 gttre x 3 fois/j

96,40

Dr. RAFI Mostafa
Docteur en Ophtalmologie
Ophtalmologie La Pinède - Rabat

Clinique d'Ophtalmologie LA PINÈDE مصحة طب العيون



www.cliniquelapinede.ma



0537 54 66 66 / 67



contact@copmail.ma

1, Rue Cadi Moreno, La Pinède - Souissi - Rabat

زنقة القاضي مورينو، لايناد السوسيسي - الرباط

Rabat le : 03/07/2023

Dr. RAFI Mostafa

Docteur : Docteur en Ophtalmologie
Ophtalmologie La Pinède - Rabat

Mme Samira Brak

Lunettes + verres progressifs AIR

OD : + 2,50

OF : + 2,00

Add (+ 2,50) OD OF

CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE LA PINÈDE
Rue 10 N° 12 HABIB BOU AÏCHA
CENTRAL PARK 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42
Optique et Jeunesse

Dr. RAFI Mostafa
Docteur en Ophtalmologie
Ophtalmologie La Pinède - Rabat

مصحة طب العيون CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE LA PINÈDE



www.cliniquelapinede.ma



0537 54 66 66 / 67



contact@copmail.ma

1, Rue Cadi Moreno, La Pinède - Souissi - Rabat

زنقة القاضي مورينو،الليناد السويسسي - الرباط

OPTIQUE LA JEUNESSE

<u>Client : Mme Samira Brou</u>	N° : 0289ASS/R/2023
	Date : 15/07/2023

Réf . Article	Désignations	Qte	Montant TTC	TOTAL TTC
OD	+ 2.50	1	1500,00	1500,00
OG	+2.00	1	1500,00	1500,00
	ADD +2,50			
	Progressif organique 1,6 HMC			
	xlight	1	1200,00	1200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille deux cent dirhams

Total Quantité	2	
Total H.T.	T.V.A 20%	Total T.T.C.
3 500,00	700,00	4 200,00

Optique LA JEUNESSE
Rue TOUNI 12 Hay Med V
KENITRA Tel: 0537 36 65 25



CLINIQUE
D'OPHTALMOLOGIE
LA PINÈDE

Facture N° 230703-007

Date Entrée : 03/07/23
Date Sortie : 03/07/23

Rabat le : 03/07/23
Brou Samira
PAYANT

Prestations médicales

Libellé	PU	Qte	S. Total
Consultation Ophtalmologique	300,00	1	300,00

Total Général : 300,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cents DH.

Méthode de paiement: Espèces

Clinique d'Ophtalmologie la Pinède
Service Facturation
1, Rue Cadi Moreno, La Pinède,
Souissi - Rabat
Tél: 05 87 54 66 66 / 67
INPE: 100063700

مصحة طب العيون CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE LA PINÈDE



www.cliniquelapinede.com



0537 54 66 66 / 67



contact@copmail.ma

Cette impression est valable pour toute transaction. Pour valoir ce que de droit, si vous n'êtes pas le propriétaire du document veuillez le retourner au propriétaire ou à l'adresse de l'établissement.

ICE : 002024818000084

RC : 128545

TP : 25903364

IF : 25007434

INPE : 100063700

رقة القاضي مورينو لالبنان السياسي الرابطة