

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.

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

M22- N° 002437

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11879 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BESSASRA ASSIA
Date de naissance : 24/01/1977
Adresse : Rue Chouaib Abkkali Résidence Elina
Apts Kenitra
Tél. : 0661210119 Total des frais engagés : 5289,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/23

Nom et prénom du malade : M^{re} Belkhalo Aho Age :

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

Nature de la maladie : MUPRAS 11 DEC 2023

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Rabat Le : 05/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/12/23		2	300,00	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/12/23	189,70
INPE : 052037454		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

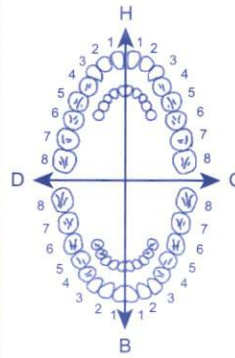
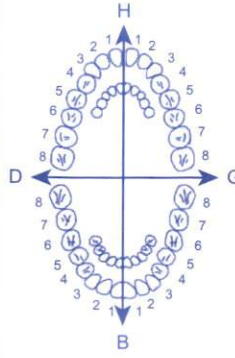
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	08/12/23					480,00 DH

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															
				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																	
	<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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed KHALIL

Ophtalmologiste
Diplômé des Universités
de Rabat et de Toulouse
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie numérisée - Laser
Chirurgie réfractive



الدكتور محمد خليل

اختصاصي في طب وجراحة العيون
خريج جامعتي الرباط وتولوز
التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر
تصحيح البصر بالليزر

✓

Rabat, le 5.12.2023

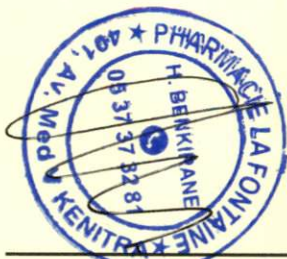


K BESSASRA Amd

90,70 - OLATANOL 1 flte 3 flt (SV)

99,00 - Xairel wath 500 et la vafg oculaire (SV)

189,70



Dr. M. KHALIL
OPHTALMOLOGISTE
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 32 32 - 05 37 77 17 18

OPHTALMED
PPC
99.00 DHS

13 bis, Avenue Ibn Sina (en face de l'Ecole Mohammadia des Ingénieurs)
Agdal - Rabat - Tél : 0537 77 32 32 - 0537 77 17 18

Titulaire de l'AMM au Maroc :
Laboratoire Sothema
P.N. 127184 Bouskoura - Maroc
Novartis European Limited



6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS

407253 MA



Dr. Mohamed KHALIL

Ophtalmologiste

Diplômé des Universités

de Rabat et de Toulouse

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie numérisée - Laser

Chirurgie réfractive



الدكتور محمد خليل

اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعتي الرباط وتولوز

التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر

تصحيح البصر بالليزر



Rabat, le

5.12.2023

M. BESSASRA Assad

Lucas

don $\odot (100^\circ - 0,75) + 0,75$

OS $(80^\circ - 0,50) + 0,50$

ps L + 1,75

verres
photos
autok

SUPERLENS
Opticien Optométriste
Boulevard Elzabeth - Kenitra
Tél : 0537 37 53 49

Dr. M. KHALIL
Ophtalmologiste
13 Bd Avenue Ibn Sina - Agdal Rabat
Tél : 0537 77 32 32 / 0537 77 17 18

Facture

VISION PLUS — OPTICIEN —	Facture N° :	SUPER LENS 3, RUE REINE ELIZABETH Tel: 0537-375349
	692	
	Date :	
	2023-12-08	
	Client :	
	BESSASRA ASSIA	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+0.75	-0.75	100	+1.75
VLVPG	+0.50	-0.50	80	+1.75

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.5 TRLB	1	1500.00	1500.00
2	PROG ORG 1.5 TRLB	1	1500.00	1500.00
3	Monture:FENDI	1	1800.00	1800.00

TVA	20%	Total TVA	800.00
Total HT	4000.00	Net à payer	4800.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

quatre mille huit cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SUPER LENS – 3, RUE REINE ELIZABETH – 0537-375349 –
IF: 28811025 - ICE: 000510148000004 - RC:37868 - TP:20816570- INPE:055020085 - CNSS:8583462

SUPER LENS
Opticien Optométriste
3, Rue Reine Elizabeth - Kénitra
Tel 0537 37 53 49