

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENE Nohamed

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : Appartement Zahra Rue 8 n° 1

Ain Chok - Casab

Tél. : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14.11.23

Nom et prénom du malade : AKKAZENE Nohamed Age : 69 ans

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

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 : Casa

Le : 28/11/2023

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

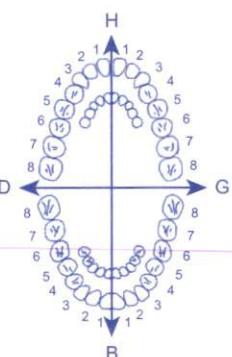
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	28-12-2021		14	Vene + 2 manteau		3300€

RELEVE 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	Cœfficient	 O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552 00000000
D	00000000 35533411
B	00000000 11433553
G	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

14 NOV. 2023



Fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan
مؤسسة الشيخ زايد بن سلطان

M_r

A H A M A D E N F

Mohamed

Lunettes

VL

OD: +1.25 (-0.75; 90°)

OG: +1.00 (-0.25; 25°)

VP = add + LHS ODG

MARINA OPTIQUE
Opticien Optométriste
Centre DAHAB Zainab
Centre Commercial Marina Shopping
Boutique NC 10007 - Casablanca
ICE:001988389000087

Dr. Sennadit Mohammed
Ophtalmologiste
NIN: : 101107829
Hospital Cheikh Zaid - Rabat

Facture

	Facture N° : 1096 Date : 28 / 12 / 2023 Client : AKKAZENE MOHAMMED	MARINA OPTIC expertoptic1@gmail.com Tel:
---	---	---

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+1.25	-0.75	90	+2.75
VLG	+1.00	-0.25	25	+2.75
VPD	+2.75			
VPG	+2.75			

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ZEISS ORG SPH BLUEPROTECT 1.5 AR	1	650.00	650.00
2	ZEISS ORG SPH BLUEPROTECT 1.5 AR	1	650.00	650.00
3	ZEISS ORG SPH BLUEPROTECT 1.5 AR	1	650.00	650.00
4	ZEISS ORG SPH BLUEPROTECT 1.5 AR	1	650.00	650.00
5	MONTURE VL	1	400.00	400.00
6	MONTURE VP	1	300.00	300.00

TVA	20%	Total TVA	550.00
Total HT	2750.00	Net à payer	3300.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

trois mille trois cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

MARINA OPTIC - expertoptic1@gmail.com --
 IF: 26117252 - ICE: 001988389000087 - RC:411911 - TP:35492689- TNPE:095021788 - CNSS:1138304

MARINA OPTIQUE
 Opticien Optique Maroc
 D'ABRIZAN
 Centre Commercial Marina Shopping
 Casablanca
 Boutique NC 10007 - Casablanca
 ICE:001988389000087