

**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 :

- Demande :

 - 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 AID et AIC :

- 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.



Déclaration de Maladie

Nº W21-797799

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule	12441	Société :	R&H
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Jérôme Glasson			
Date de naissance :	12-12-1984	A93993	
Adresse :			
Tél. :	0668502194	Total des frais engagés :	962,00 Dhs

Autorisation SNTDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. DAOUDI CHAMA
Cachet du médecin :	Ophthalmologiste
Date de consultation :	13/01/2024
Nom et prénom du malade :	JIBAR LINA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Coverticulite optique
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Collision avec un vélo
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : _____

15 NOV 20
1968

VOLET ADHERENT

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
13/01 2024	Consultation		300 p.p.	IN 05-4eme étage, 43 rue D'APUDICHAN Ophtalmologie, FAI Quer

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature N°: 4 M du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
OPTIQUE LA CAPITALE Optique & Audition 4, Rde Alhaba N° 1 HASSAN II Tél: 05 22 20 48 20	13/01/24	1	1	0	1 m - m tue optique 700 Dhs

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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
		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"/>														

Dr. Chama DAOUDI ep. TAZI
Spécialiste des maladies et de la chirurgie des yeux
Nourrissons, Enfants et Adultes
Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris
Ancien médecin au CHU de Rabat

الدكتورة شامة الداودي ح. تازى
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
للرضع والأطفال و الكبار
خريجة كلية الطب بالرباط و باريس
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

Le 13 janvier 2024

Enf. JIBAR Lina

Monture pour enfant + verres correcteurs Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = - 0.25 (- 0.25 à 164°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 10°)

AQUITY MOROCCO SAKA AU
N°: 4 M 8 Rue 1
Hay Riad L'Institut
Bab El Oued Oumeir
INPE : 045040008

OPTIQUE LA CAPITALE
Optique & Audition
4 Rue 1 Chassé RABAT
Tel: 05 37 29 63 01

Dr. DAOUDI CHAMA
Ophtalmopisthe
65, Av. Fal Ouled Oumeir
4^{eme} étage Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 43 01 / 06 16 01 02 70

65, avenue Fal Ouled Oumeir, 4^{eme} étage
Agdal-RABAT (en face de MAROC TELECOM)

65, شارع فال ولد عمير ، الطابق الرابع
أڭادل، الرباط (مواجه إتصالات المغرب)

Tél : 05 37 77 43 01 - 0537 77 74 12 / GSM : 06 16 01 02 70 / Email : chamaoph@gmail.com

AQUITY

Maison d'Optique et d'Audition

Enf: JIBAR lina

Facture N° 13124

Rabat le 13/01/24

Désignation

Qte'

Prix

monture optique

1

700

AQUITY MOROCCO SARL AU
N°: 4 MS Res Les Camelias
Hay/Riad Rabat
0661 16 48 90
INPE: 045040078

Total TTC: 700,00

" HT: 583,33

Dont TVA 20%: 116,67

Accepté la présente facture à la somme de

Sept cent
Dix francs

Mahaj Riad
immeuble les camelias
(en face d'Amorino)
Rabat

TP: 25108040
ICE: 003013629000079
INPE: 045040078
RC 15897

Tel: +212661164890
Mail: contact@aquity.ma
Web: www.aquity.ma



OPTIQUE LA CAPITALE

Optez pour une vision de Qualité

Facture

Adressée à

JIBAR LINA

Date : 26/01/2024

Facture N° : 31

Référence	Qté	Description	PU TTC	Montant HT	Montant TTC
Verre VL	2	VERRES ORGANIQUE FILTRE ANTI-LUMIERE BLEUE OD : (-0.25 164) -0.25 OG : (-0.25 10) -0.25	300,00	500,00	600,00

Total HT (DHS) : 500,00

Total TVA (DHS) : 100,00

Total TTC (DHS) : 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents DHS

Paiement

- Paiement en cours
- Comptant
- Chèque

La Direction

