

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

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° P19- 0001767

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23705**

Matricule : **12593** Société : **Royal Air Maroc**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **CHARAFI SOUVIANE** Date de naissance : **23/10/1982**

Adresse : **RYAD AL ANDALOUS CADIZ 2 JN 100 NO 11 RABAT**

Tél. : **06 65 79 0034** Total des frais engagés : **2113,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hajare QARIANI
Ophtalmologue
N° 589, Bd. Sahi Rhone, Sect. 1
Riad Oulad Mtaa - Témara
Tél. : 05 37 58 88 90
INPE : 101236644

Date de consultation : **10 FEB 2020**

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : **Baisse d'AV + Secousse cardiaque (min 4 fois à la semaine)**

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 : **10 / 02 / 2020**

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
			260.00 D.H.S	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/2020	763,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

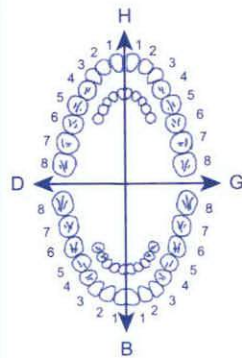
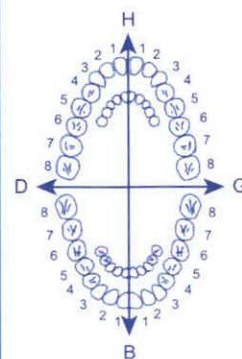
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	12/02/2020					11.000,00

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS 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'EXECUTION

Dr. Hajare QARIANI

Ophthalmologue

- Oeil et Diabète
- Glaucome
- Maladies de la rétine
- Laser
- Chirurgie de la Cataracte
- Par Phaco
- AGF
- OCT



Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancien Médecin à l'Hôpital Militaire Med V - Rabat

د. هاجر قرياني

اختصاصية في طب وجراحة العيون

- العين والسكري
- المياه الزرقاء (ضغط العين)
- أمراض شبكية العين
- الليزر
- جراحة الجلالة بالفاكو
- تصوير أوعية الشبكية

ORDONNANCE

Chaudhry Soufiane

10 FEB. 2020

Dr. Hajare QARIANI
N° 589 Ophthalmologue
Riad Oulad Mhanna - Temara
Tel: 05 37 58 88 90
INPE: 101236644

1/ OVL

OD = -0,25 (-1,00 à 180)

OE = -0,25 (-0,75 à 175)

avec Pontine +

III Anti-2B.

139,00 x 2

2/ Xioral 280

18AA x 30
(2 mois)

970,00 x 3

3/ Pure (monodose): 18AA x 2
(2 mois)

Dr. Hajare QARIANI
Ophthalmologue

589 الطابق الأول، شارع ساهل الرhone، سكتة 1، وادي واد مطاع - تنجاردة

589, Bd Sahl Rhone, Secteur 1, Riad Oulad Mhanna - Temara 05 37 58 88 90

✉ hajareqariani.ophthalmologie@gmail.com INPE: 101236644

INPE: 101236644

PPC 139,00 DH

LOT 100319
2021 03

PPC 139,00 DH

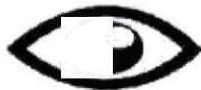
LOT 100319
2021 03

PPC :
97,00 DH

PPC :
97,00 DH

PPC :
97,00 DH

PPC :
97,00 DH



DESCARTES VISION

Client

CHARAFI soufiane

Facture client N° : 005719/2020

Optométrie	Sph	Cyl	Axe
O.D	-0,25	-1,00	180
O.G	-0,25	-0,75	175

Liste des ventes

Désignation	Catégorie	Unité	Prix unitaire	Remise	Montant TTC
Unifocal Organique BCUT 1.6	Verre	2	350	0	700
Monture	Optique	1	400	0	400

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT : 916,67

TVA (20%) 183,33

Total TTC : 1100

ARRETE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :

MILLE CENT DIRHAMS



INPE:105011050

Cachet Rabat, le 12/02/2020

DESCARTES VISION
OPTICIEN OPTOMETRISTE
N°1, Imm.4, Rue Honein
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 28 05

Adresse : N°1, Imm4, Rue Honein Agdal Rabat TEL : 0537672805 GSM : 0661588645
ICE : 001798361000028 CNSS : 838544 RC : 90122 Patente : 25739965 IF : 40186015

DESCARTES VISION
OPTICIEN OPTOMETRISTE
N°1, Imm.4, Rue Honein
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 28 05