

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	5676	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL MECHRAFI Youssef Gour Houl
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 66 87 17 20 Total des frais engagés : 3394,10 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01/08/2018			
Nom et prénom du malade : EL AÏSSIETTE FO Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ALLÉGÉTALIE			
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 : RAM **Le :** 01/08/2019
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
01/08/19	CS	S. a. H.		INP : 1041700016 TELE: 0537 70 35 14 19, Rue Moulay Tâchfin DOCTEUR DERARZI MOLGISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE GALAXY SANTE Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur Av Mohamed Belhassan El Muzayen Nada 2 Rabat - Tél: 0537 63 60 56 E-mail:galaxysante@gmail.com	Date 01/08/19	Montant de la Facture PHARMACIE GALAXY SANTE Av Mohamed Belhassan El Muzayen Nada 2 Rabat - Tél: 0537 63 60 56 E-mail:galaxysante@gmail.com 54,110
--	------------------	---

ANALYSES - RADIographies

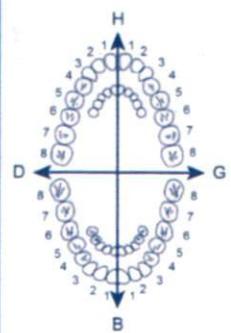
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

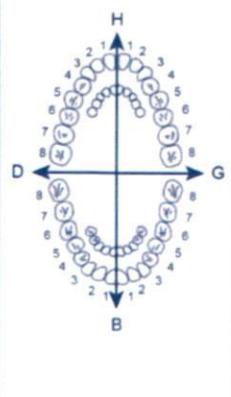
Cachet et signature du Partenaire OPTIQUE MOSTAFI Opticien Optométriste diplômé de l'Université Sidi Mohammed Takaddoum Tél : 0537 63 60 56	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	
					3000 DMD

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
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

Docteur DERRAR Rajae
OPHTALMOLOGISTE



Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Rabat
Ancien Médecin de l'Hôpital des Spécialités
de Rabat
Maladies et Chirurgie des yeux
Angiographie - Laser - OCT
Chirurgie réfractive

الدكتورة درار رجاء

متخصصة في أمراض وجراحة العيون
خرمجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط
تصوير الأوعية المرقومة - الليزر

فحص الشبكة بالليزر

01 Août 2019

الجراحة الإنكسارية

Rabat, le

Mr. EL MECHRAFI YOUSSEF

Monture + verres correcteurs progressifs

VL :

$$OD = + 2.50 (- 0.25 \text{ à } 95^\circ)$$

$$OG = + 2.75 (- 0.25 \text{ à } 65^\circ)$$

VP :

$$ODG = Add : + 2.25$$

BIOOPTIQUE
ALAMI MOSTAFA
Opticien Optométriste
Diplômé de l'Université de Madrid
N° 20 Av. Haouz G. Macuz
Takaddoum Tél : 65 68 97 - Rabat

Docter DERRAR Rajae
OPHTALMOLOGISTE
19, Rue Moulay Rachid
Tél.: 05 37 70 35 14

Docteur DERRAR Rajae

OPHTHALMOLOGISTE

Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Rabat

Ancien Médecin de l'Hôpital des Spécialités
de Rabat

Maladies et Chirurgie des yeux

Angiographie - Laser - OCT

Chirurgie réfractive



الدكتورة درار رجاء

متخصصة في أمراض وجراحة العيون

خريجية كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط

- تصوير الأوعية المقومة - الليزر -

- فحص الشبكة بالليزر

01 Août 2019
Mr. EL MECHRAFI YOUSSEF

Rabat, le

54,10

LARMABACK

1 goutte fois 2 par jour, les deux yeux, 1 Mois



Total: 54,10

Docteur DERRAR Rajae
OPHTHALMOLOGISTE
19, Rue Moulay Rachid
Tél: 05 37 70 35 14

PHARMACIE GALAXY SANTE
Av. Mohamed Benhassan El Mazzani Nahda 2
Rabat Tel: 05 37 70 60 56
E-mail: galaxysante@gmail.com

BiO- Optique

Mustafa ALAMI
OPTICIEN OPTOMETRISTE

DIPLÔME DE L'UNIVERSITÉ DE MADRID
20, Groupe Maouz, Avenue Haouz
Takaddoum - Rabat
Tél.: 037 65 68 97

Le
M.
S.L. 1-10-19
YOUSSEF

FACTURE N° 029435

Ordonnance du docteur *M. DERRAIR*

Code	Oeil Droit			Oeil Gauche		
	Sph	Cyl	Axe	Sph	Cyl	Axe
Loin	+250	-025	95	+275	-025	65
Près				+100	+225	
D.F./V.P.						

FOURNITURES :

	P.U	P.G.
- Monture	1000	1000
- Verres	1000	1000
-	1000	1000
- Nomenclature		
- Autres		
Total		3000 MRS

Arrêtée la présente facture à la somme de

Très Mille MRS

INP : 105011894
RC: 107272 - Pat: 2594727
CNSS: 8643034 - IF: 34624487
ICE : 001917721000036

BIOOPTIQUE
ALAMI MOSTAFA
Opticien Optom. inst.
Diplômé de l'Université de Madrid
N° 20 Av. Haouz, G. 7^e ét.
Takaddoum Tel : 037 65 68 97