

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

13204 Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10356**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ERRIAICHI - RACHID**

Date de naissance : **30 01 1965**

Adresse : **LOT EZZOUI BI R. RUE 11 N° 289 APP 1**

OU L FA CASA

Tél. **06 7001 20 80** Total des frais engagés : **800 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12 10 2022**

Nom et prénom du malade : **ERRIAICHI RACHID**

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Vue de réfraction**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **Drib cheur**

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 **12 10 2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Elay**



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
12/10/22	OCT		800,00	 Nabil Boucha Médecin logiste Ben Abdallah 1er Etage Blida 05 22 47 14 72

attestant le Paiement des
Droits d'Enregistrement et de la Taxe sur les Transferts
de la Société Bouchta à la Société Ben Abdallah 1er Etage
Casablanca le 15 / 05 / 22 47 14 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<i>Montant de la Facture</i>

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
		A M	P C	I M	I V	

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	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		
				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 ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوفرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطالب الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 74 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 14/10/22 الدار البيضاء، في

Honoraires

Reçu de Mr

ERRRA FCHI RACHID

La somme de

800, 00 DH

Pour

OCT Pauline chy on
Drabchgue -

Cacher - signature

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah 1er Etage
Casablanca
Tél : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Name: RACHIDERRIAICHI
ID: AUTO20221012193344
DOB: 30-01-1965
Age: 57

Exam date: 12-10-2022
Gender: Male
Eye: Right

Comments

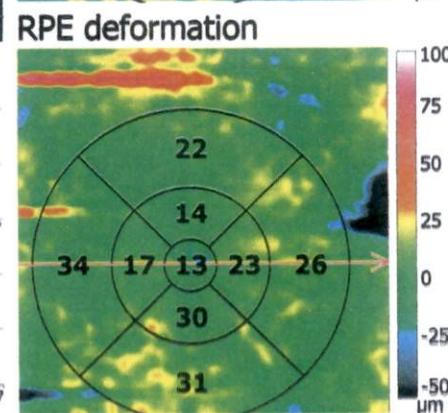
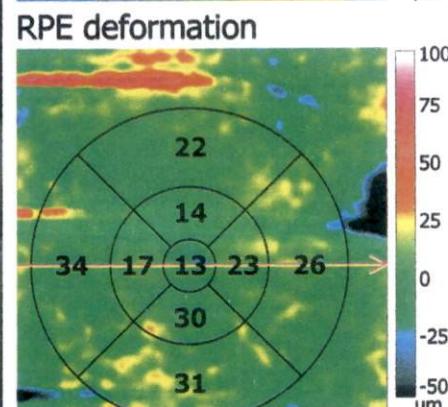
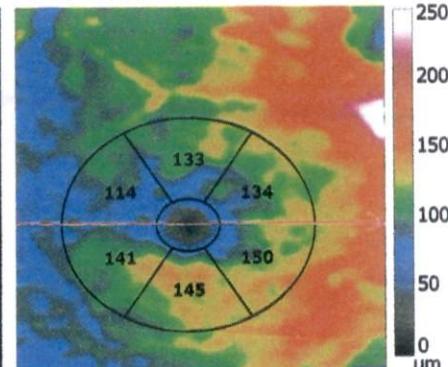
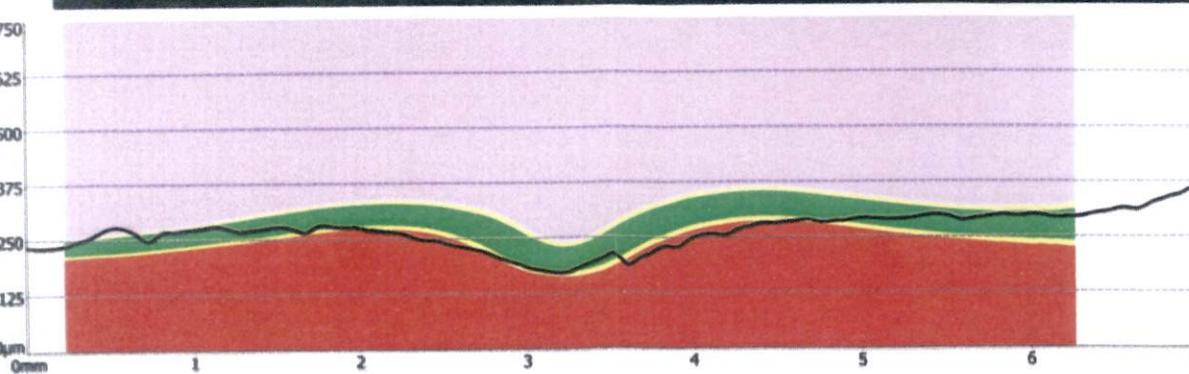
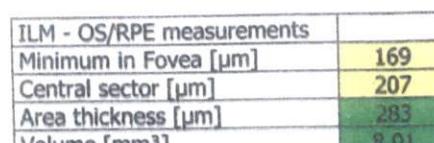
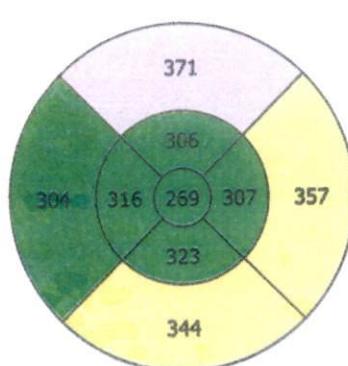
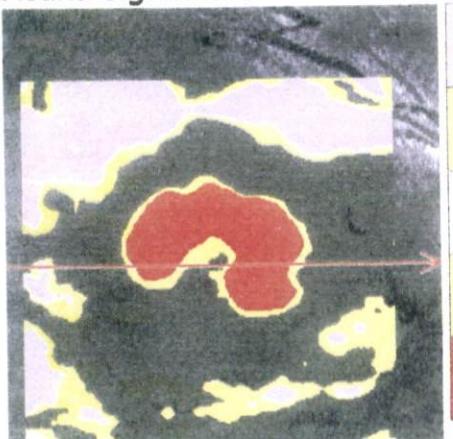
Dr Abdelhak Bouchta
70 rue allal ben abdellah, 1er
etage Casablanca
Tel: 05 22 47 33 45 / 05 22 47
14 72



R 12-10-2022 19:33:03 QI:
3D 7x7 mm

RETINA | SINGLE

Retina Significant



Name: RACHIDERRIAICHI
ID: AUTO20221012193344
DOB: 30-01-1965
Age: 57

Exam date: 12-10-2022
Gender: Male
Eye: Left

Comments:

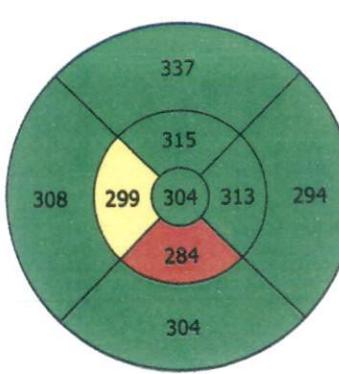
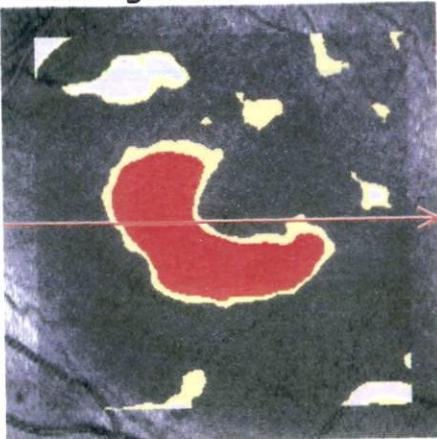
Dr Abdelhak Bouchta
70 rue allal ben abdellah, 1er
etage Casablanca
Tel: 05 22 47 33 45 / 05 22 47
14 72



L 12-10-2022 19:32:36 QI: 4
3D 7x7 mm

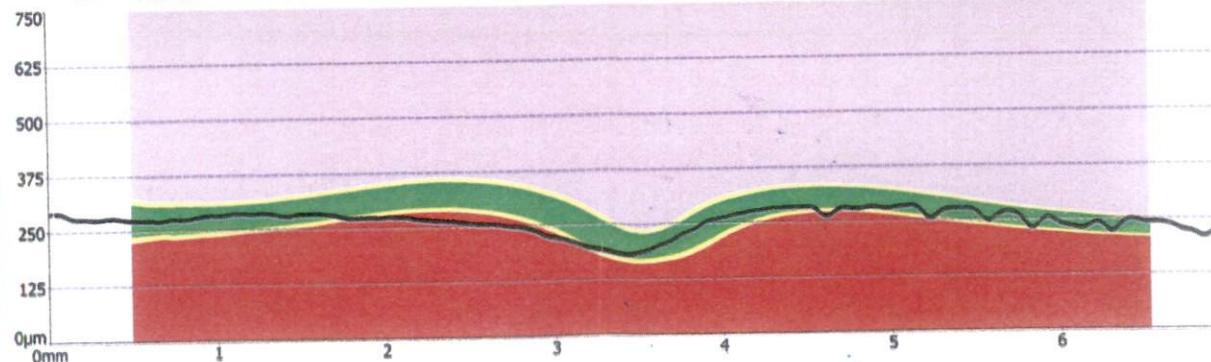
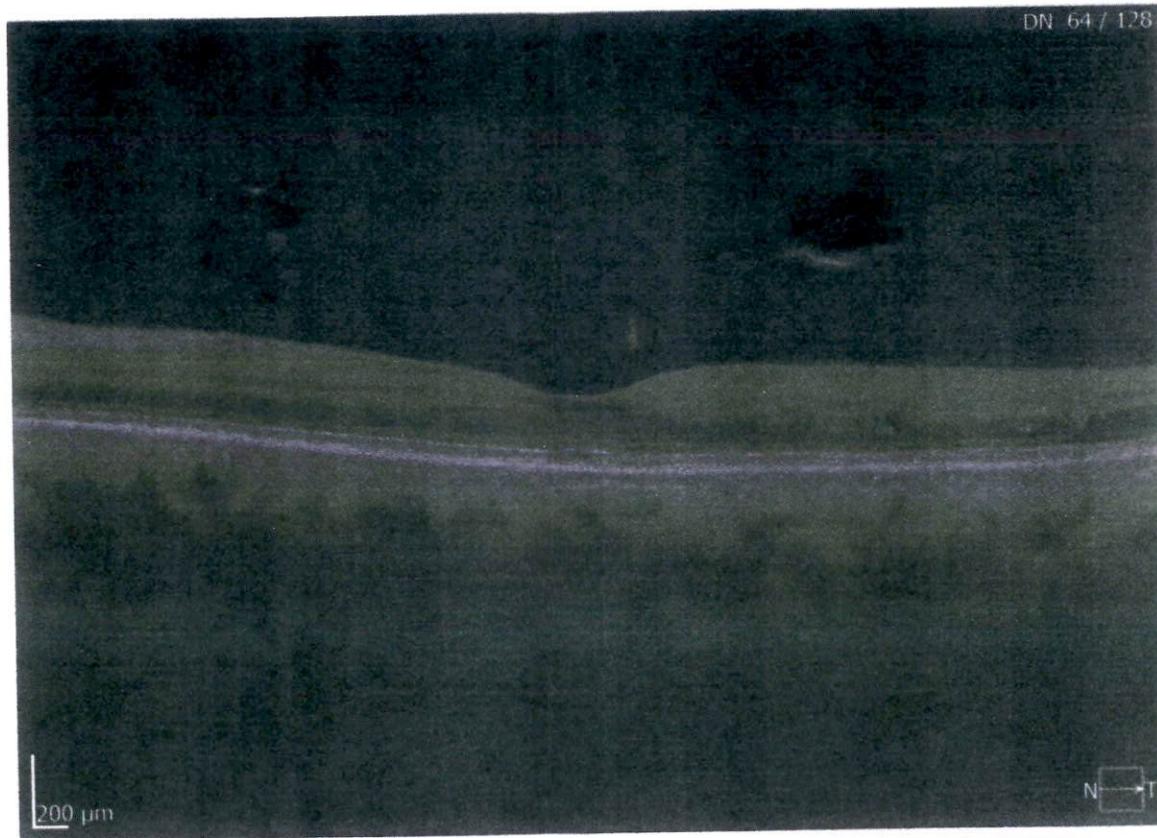
RETINA | SINGLE

Retina Significant

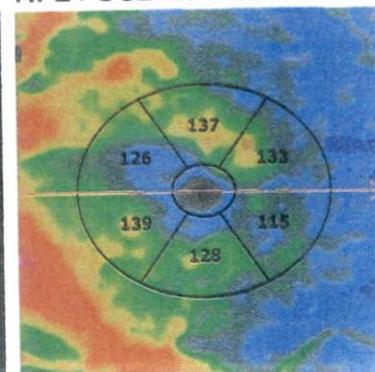


1/3/6 mm Maximum

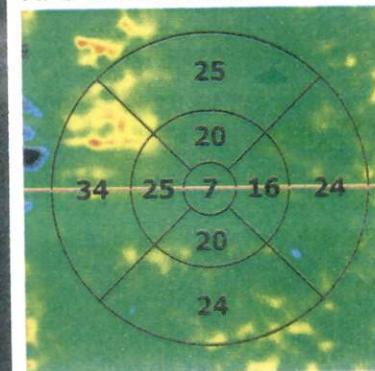
ILM - OS/RPE measurements	
Minimum in Fovea [μm]	184
Central sector [μm]	226
Area thickness [μm]	268
Volume [mm ³]	7.59



NFL+GCL+IPL thickness



RPE deformation



RPE deformation

