

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W21-769356

138464



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08652

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAROUFI MUSTAPHA

Date de naissance :

10/01/1970

Adresse :

14/14 Rue MBOU DAB AF GHAFFAR

HAY FZAZIKA Berrechid

Tél. :

067052.2056

Total des frais engagés : 1200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AHBEDDOU Sanaa
Ophtalmologiste
INPE : 101199883

Date de consultation : 21.11.2022

Nom et prénom du malade :

MAROUFI ASMAA

Age : 25 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

diab 405 perte S.D.P

24 NOV. 2022

ACCUEIL K.H.

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 : Berrechid

Le : 24/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

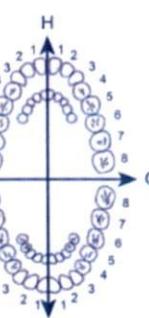


| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes |
| 05/11/2021 | CS | GT | | DR. AHMED BEN YOUSSEF Ophthaloplastic INPE : 911911 babat NOOR |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| 10, Cachez et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| OPHTALMO CLINIC NOOR 34 des Nations Unies Agdal - Rabat Tél : 0537 911 911 100064215 | 08/11/2009 | Industomie au Laser | 1.200,00 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées (List of teeth treated) | Nature des Soins (Nature of treatments) | Coefficient (Coefficient) | INP : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | ODF PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">25533412 21433552</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | H | 25533412 21433552 | G | 00000000 | 00000000 | | D | 35533411 | B | 00000000 | 11433553 | |
| | | | | H | 25533412 21433552 | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 35533411 | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

08 novembre 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

Laser Yag (iridotomie)

OPHTALMOCLINIC NOOR SA
10, Avenue des Nations Unies,
Agdal - Rabat
Tél : 0537 911 911 (C1)

Dr. AHBENDOU Sanaa
Ophthalmologiste
INPE : 101199883

OPHTALMOCLINIC NOOR

10, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat
Tél : 0537 911 911

100064245



F A C T U R E

N° 7 361 / 2022 du 08/11/2022

| Nom patient | MAAROUFI ASMAA | Entrée | Sortie |
|-----------------|----------------|------------|------------|
| Prise en charge | PAYANT | 08/11/2022 | 08/11/2022 |

1*]] È2/1

IRIDOTOMIE AU LASER

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|-------------------|-----------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| IRIDOTOMIE AU LASER YAG | 1,00 | | 1 200,00 | 1 200,00 |
| | | | Sous-Total | 1 200,00 |
| | | | | 1 200,00 |

Total général 1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

| | Espèces | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|----------------|-------|
| Encaissements | 1 200,00 | 1 200,00 | 0,00 |

OPHTALMOCLINIC NOOR SA
10, Avenue des Nations Unies,
Agdal - Rabat
Tél : 0537 911 911
(C1)