

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 prévoyant 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 3 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.



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

Déclaration de maladie

N° W21-804141

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **RETRAITE 5579** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : **RETRAITE**

Nom & Prénom : **CHOUAA ELADOSTAFA**

Date de naissance : **30/06/1957**

Adresse : **4 AV DES ROSES BOIT SANAE 3**

BRANES 9 TANGER

Tél. **0670300608** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **06/06/2023**

Nom et prénom du malade : **CHOUAA ELADOSTAFA** Age :

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

Nature de la maladie : **Diabète de type 2**

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : **06/06/23**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-804141

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **5579**

Nom de l'adhérent(e) : **CHOUAA**

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

06.06.23

LS

250 dh

INP :

INPE: 161 277 892

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

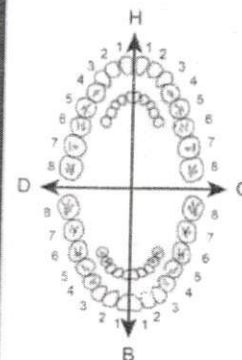
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

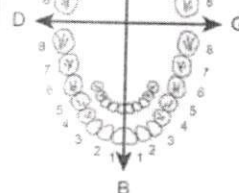
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

OPTIQUE SOND VISION

TEL : 05 31 91 21 59

ICE : 00083651442210- INP : 165023342

FACTURE

N° 0000206

Tanger, Le : 8-6-2023.

Mr. : CHOUAA ELMOSTAGA

| العدد Quantité | البيان Désignation | الثمن Prix U. | المجموع Total DH |
|--|-------------------------|------------------|---------------------|
| 1 | Monture optique. | 500 | 500.00 |
| 2 | Verres organique. | 500 | 1000.00 |
| | OD: -4.75 (-1.85 à 15°) | | |
| | OG: -3.50 (-1.50 à 7°) | | |
| | ADD: +2.50 | | |
| | TOTAL : | 4 | 1500.00 |
| <p>SOND VISION Opticien-Optométriste TEL: 05 31 91 21 59</p> | | | |



Dr. Souhail Jouahri
Specialiste en Ophtalmologie

Lauréat de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
Ancien médecin de l'Hôpital
Des Spécialités de Rabat
Ancien médecin des Hôpitaux
de Paris

الدكتور سهيل جواهري
أخصائي في طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات
بالرباط

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Tanger, Le06 juin 2023

Mr. CHOUAA El Mostafa

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = - 4.75 (- 1.25 à 155°)

OG = - 3.50 (- 1.50 à 70°)

VP : ODG = Add : + 2.50

