

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7513 Société : 188869

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GHAZI KHADIJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro-Radiologie
B	= Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1619814

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *GHAZI Khadija*
 Matricule : *7513* Fonction : *Receveuse* Poste :
 Adresse : *ESSA ABBADIA 2 n° 50 Sidi Maârouf Casablanca*
 Tél. : *0662467605* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *GHAZI Khadija* Age
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *29.11.88*

Nature de la maladie : *coinctia ophique*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A *Casablanca*, le *29.11.88* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : *7513* Nom du patient : *GHAZI*
 Date de dépôt : Montant engagé *800 + 431,90 + 3000*
 Nombre de pièces jointes :

1619814



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
29/11/23	constit		3000 Dh	DR. SIDI MAAROUF LOUSSI
				DR. SIDI MAAROUF LOUSSI
				DR. SIDI MAAROUF LOUSSI
				DR. SIDI MAAROUF LOUSSI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL AADIL LOUSSI Dr. en Pharmacie N°49 Loussi Bd Al Adanissa Sidi Maarouf Loussi Jnna Al Sidi Maarouf CASABLANCA Tél: 05 22 32 32 32	29/11/2023	431.90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIC SIDI MAAROUF Hay Naiha Casablanca - Tel: 05 22 58 18	30/11/23					3000.00 Dh

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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

Dr. BOUZIANE Soukaina

Ophthalmologie adultes et enfants

Chirurgie oculaire

(cataracte, strabisme, annexes ...)

Correction de la vue au laser

Explorations : OCT, angiographie,

échographie oculaire et lasers.



الدكتورة بوزيان سكينة

طب العيون للكبار والصغار

جراحة العيون

(جلالة، الدول، جراحة الميالك الدمعية)

تصحيح البصر

تصوير القرنية و الشبكية

الليزر

Casablanca, le : ، هي :

29 novembre 2023

Mme GHAZI Khadija

Monture + verres correcteurs progressifs

Vision de loin :

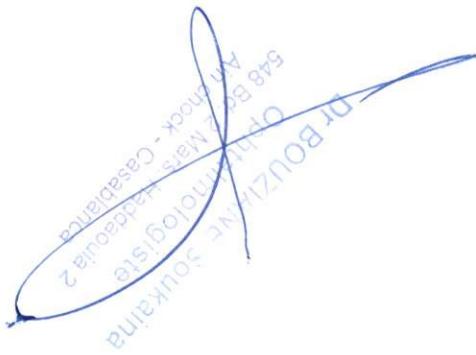
OD = - 1.50 (- 1.50 à 70°)

OG = - 1.25 (- 0.75 à 130°)

Vision de près :

OD = Add :

OG = Add : + 1.75



OPTIC SIDI MAÂROUF

AKRAMA Issam / GATLA Sanaa

Opticien Optométriste

Hay Najah, Bloc 1 N° 4 Sidi Maârouf
Casablanca - Tél. : 05 22 58 19 18

548 boulevard 2 Mars Haddaouia - 2 Ain chock, Casablanca

E-mail : drbouzianesoukaina@gmail.com / Tél. : 0522 21 31 22



نظارات سidi معرف

Optic Sidi Maârouf

Facture

N° 002995

Date : 30/11/23

Client : GHAZI KHAIDI JA

Mode de Réglement : espèce

Quantité	Désignation	P.U.	P. TOTAL
01	un dr. tue	800,00	800,00
02	lcs Neuves p/0 g/essifs- Dr. gauches blancs 0) 3-1,50 (-1,50 à 70°)	1100,00	1100,00
	CG3-1,25 (-0,75 à 130°)	1100,00	1100,00
	total 3 + 2,75		
	OPTIC SIDI MAÂROUF AKBAMA Issam / GAILA Sanaa Opticien Optométriste Hay Najah, Bloc 1 N° 4 Sidi Maârouf Casablanca - Tél. : 05 22 58 19 18		

Arrêtée la présente Facture à la somme de : trois-
mille dhs.

TOTAL TTC	3000,00
Dont T.V.A. 20%	2400,00

Dr. BOUZIANE Soukaina

Ophtalmologie



الدكتورة بوزيان سكينة

طب العيون للكبار والصغار

جراحة العيون (جلالة، الحول، جراحة المسالك الدمعية)

تحفيظ البصر

تصوير القرنية و الشبكية

الليزر

الشاربيضاء، هي:

29 novembre 2023

Mme GHAZI Khadija

1/ BLEPHARETTE

1 massage chaud x 2 / jour , dans les deux yeux, pendant 21 jours

2/ POSIFORMIN POMMADE OPHTALMIQUE

1 goutte fois 2 par jour , dans les deux yeux, pendant 21 jours

3/ PHYLARM

SERUM POUR LAVAGE OCULAIRE matin & soir
, dans les deux yeux, pendant 21 jours

4/ CATIONORM COLLYRE FLACON 10CC

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

Pharmacie Al'ADARIS
AADIL LOUBNA
Dr. en Pharmacie
Bd. Al Adarissa N°49 Lotissement
Jnnanate Sidi Maârouf Ouled Ha
Tél: 0522 32 12 62

548 Bd. 2 Mars Haddaouia
Dr BOUZIANE Soukaina
Opticienne Optométriste

S.I.S