

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° W21-761802



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LECHHEB Omar A91645

Date de naissance : 11/7/1953

Adresse : 109 Bd Omar EL KHAYAT. Casab

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : Agé :

Nom et prénom du malade : SABRI EP IFCI HEB NA DIN

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFRCTION oculaire

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 : Casab Le : 20/1/2024

Signature de l'adhérent(e) : SAIDI



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
14/11/2023	CS	02	300 DFK	INP : 10091652 Dr. Bouley Ophtalmologiste 22/11/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 Opticien Médecin IKRAM G. Marjane Hay Has Sablamca - ICE NINP: 09 302 1192	10/03/2024 10/03/2024 2019			2 Verres + 10 Jours		3.700 DH

VIOLET ADHERENT

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	INP : []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				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																

Facture

	Facture N° : 1506 Date : 03 / 01 / 2024 Client : SABRI NADIA	PURE OPTIC <small>Tel: 0669518131</small>
---	--	---

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+1.75	-0.75	70	+2.50
VLVPG	+1.50	-0.50	170	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ESSILOR VARILUX COMFORT NE ORMA 1.5 BLANC REGULAR H-MONTAGE 17MM	1	1500.00	1500.00
2	ESSILOR VARILUX COMFORT NE ORMA 1.5 BLANC REGULAR H-MONTAGE 17MM	1	1500.00	1500.00
3	MONTURE	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	583.33
Total HT	2916.67	Net à payer	3500.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

trois mille cinq cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

PURE OPTIC -- 0669518131 --
IF: 26112536 - ICE: 002043033000019 - RC:411909 - TP:36092177- INPE:095021762 - CNSS:1138316

PURE
 OPTIC
 Opticien Optométriste
 KRAM SHOUJAN
 Casablanca - ICE: 00204303300019
 INPE: 095021762

Docteur Saida EL ALAOUI

Ophtalmologiste

Ancien Interne et Attachée au
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P.et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

طب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

14 novembre 2023

SABRI EP LECHHEB Nadia

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques
Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.75 (- 0.75 à 70°)

OG = + 1.50 (- 0.50 à 170°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

PUR OPTIC
Opticien Optométriste
IKRAM GHOUMAR
Mariane Hay Hassani Boutique B10
Casablanca - ICE: 002043933000019
INPEC: 25021762

Dr. EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Boulevard Zerkouni
Tél: 05 22 94 91 66 - CASA