

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0056877

197457

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6842 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELIRAKI Houssem
Date de naissance : 26/07/1959
Adresse : Pharmacie de l'université, Au Abnmes
Ben Abnmes 9ème
Tél : 0661441065 Total des frais engagés : 250 + 3100 Dhs
3350

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22-07-2024
Nom et prénom du malade : BELFKIH Bouche Age: 68
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Correction optique
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 : Meknes

Le : 22 / 07 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
22/11/24	G		250	<p>Dr. KHALIL OUSTE</p> <p>OPHTALMOLOGUE</p> <p>26, Avenue Méditerranée</p> <p>INPE: 131085615</p>

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>BELFKIH OPTIQUE</p> <p>Opticien</p> <p>8, Av. Allar</p> <p>Meknes - Tel : 05 35 40 42 58</p>	15/02/24		1 Monture			<p>+ 2 verres</p> <p>TOTAL = 3100DH</p> <p>INPE: 135006237</p>

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
<p>O.D.F</p> <p>PROTHESES DENTAIRES</p>				MONTANTS DES SOINS																					
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
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



بصريات بلفقيه

BELFKIH OPTIQUE

EXAMEN DE VISION - LUNETTERIE - LENTILLES DE CONTACT

Meknès, le 15-02-2024
Mr / Mme BELFKIH BOUCHRA

FACTURE

N° 002362/2024

Doit

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix Total
1	Mouture	1200,00	1200,00
2	lunettes progressives SAR anti-lumière bleue		
	OD = +1 (-0.50 à 85)	950,00	950,00
	OG = H. 25 (-0.50 à 90)	950,00	950,00
	add = + 2.50 OG		
<div>BELFKIH OPTIQUE Opticien Chasse R. 111 14, Av. El Fassi (face Tribunal Administratif) Meknès - Tél. : 05 35 40 42 58</div>			
Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille		Montant H.T.	
Cent dix-huit		T.V.A 20%	
		Total T.T.C.	3100,00

Docteur H. KHLIL

Ophtalmologiste



الدكتور حمو اخليل

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Ancien Ophtalmologiste à l'hôpital des
spécialités Avicenne de Rabat,
à l'hôpital Hassani de Nador et à l'hôpital
My Ismaïl de Meknès

طبيب عيون سابقا بمستشفى التخصصات
ابن سينا بالرباط، بالمستشفى الحسن
بالناظور وبمستشفى مولاي إسماعيل بمكناس

Membre de la Société Française
d'Ophtalmologie

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

22/01/2024

Meknès, le مكناس, في

Nom et prénom : BEL FKIH BOUCHRA

PD :

LUNETTES: MONTURE + VERRES PROGRESSIFS

OD: +1 (- 0.50 ; 85°)

OG: +1.25 (- 0.50 ; 90°)

BELFKIH OPTIQUE
Anasse BELFKIH
Opticien - Optométriste
4, Av. Allal El Fassi (face Tribunal Administratif)
Meknès - Tél : 05 35 40 42 53

ADD: +2.50 ODG

Dr. KHLIL H
OPHTALMOLOGISTE
26, Avenue Mohammed V
Meknès - Tél : 0535403568

Pages:

1