

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Généralités :

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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

- 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.

**60796**

(RS)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9693**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

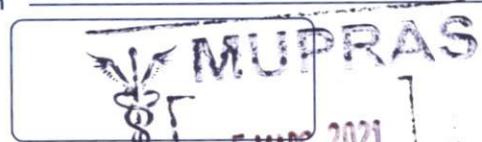
Adresse :

Tél. **0654725958**

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 :

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 : **15/03/2021**

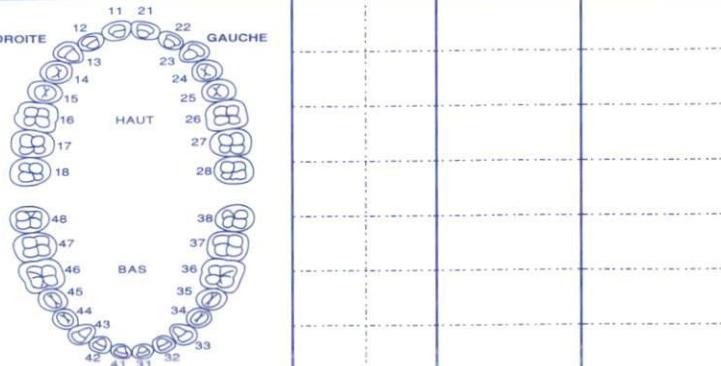
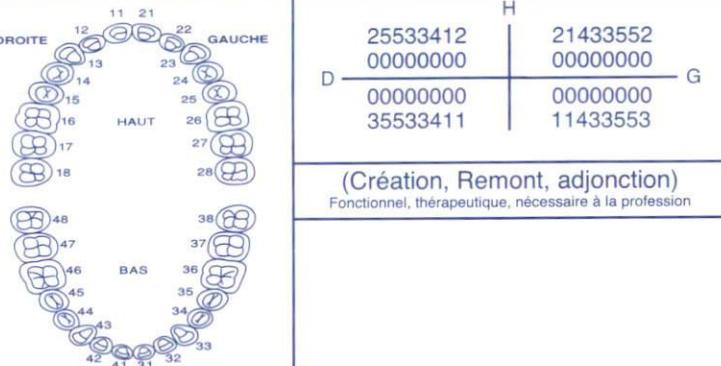
Signature de l'adhérent(e) : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
				<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			
	D	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin d'exécution</b>
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle 9693
DECLARATION N° P 17 / 0063855		 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
11/03/2021	3750 DH	3 Pièces
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P 17 / 0063855

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9693	
Nom & Prénom		ERRISSOUL JAMAL	
Fonction	AGENT	Phones 0654725958	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	JAMAL	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 67
Nature de la maladie		Date 11-03-2021	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nom Consultatum			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS		Dr. HATIM OPHTHALMOLOGISTE	
PHARMACIE	Date	Résidence Azzahra El Boujd Tel. 0524 74 54 10	
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
			CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 12-03-2021	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		3500.00 DH	

**Dr. HATIM SOUKTANI**

Ophtalmologiste

DIU de chirurgie réfractive

De phacoémulsification

D'OCT et de chirurgie vitreo retinienne

Université de Bordeaux

Formation au quinze-Vingt Paris

et à Jules Gonin Lausanne (Suisse)

Rétine médicale et contactologie

Examen d'aptitude de conduite



الدكتور حاتم السكتاني

طب و جراحة العيون

دبلومات الجراحة الامتحانية

و جراحة العجلة بالليزر

التصوير المقطعي للعين و الجراحة الشبكية

جامعة بوردو

تكوين في مستشفى 20-15 بباريس

وجول غونان بلوزان سويسرا

شبكة العين الطبية و علم العدسات اللاصقة

لucus القراءة على المسافة

Bouzniha le: 11-03-2021 بوزنيقة في

**ORDONNANCE**

ERRISSOUC JAMAL

lunette pour VL anti e

OD + 2,75

OU + 1,25

Ach nés +2,75

LUNETTE ISLAM

184, Rue Anglais

Bchira Idida - Casablanca

F. O. Moncef

des praticiens

DR. HATIM SOUKTANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Résidence Rahat El Bal Kelma 8, 1er Etage  
Appt. 3, Boulevard Hassan II - Bouzniha  
Tél : 05 37 74 54 10

Résidence Rahat El Bal Kelma 8, 1<sup>er</sup> Etage Appt 3 Boulevard Hassan II Bouzniha \*\*\* Tél : 05.37.72.32.48

إقامة راحة البال كلمة 8 الطابق 1 شقة 3 شارع الحسن الثاني بوزنيقة \*\*\* الهاتف : 05.37.72.32.48



# نظارات إسلام

## LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 00547430000120

Facture

Nº 003863

Casablanca, le 12-03-2021

M. M. E. RRISSOUL Jamal Doit

Monture des Verres	Vision de loï	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
<i>Progressif</i>	OD .....	OD .....	OD .....	OD .....
<i>AN</i>	OG .....	OG .....	OG .....	OG .....
Monture	Metal	Plastique		
V.L. : - OD .....	<i>+ 2,31</i>			<i>1310,20</i>
- OG .....	<i>+ 1,21</i>			<i>131,00</i>
V.P. : - OD .....				
- OG .....				
ADD. / .....	<i>+ 2,75</i>			
TOTAL .....	<i>184, Rue Anglais Bhira Jadida - Casablanca</i>			<i>3500,00</i>

Arrêtée la présente facture à la somme de

*3500 Dhs*