

N° W19-528417

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.

Reéducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| ① Réclamation | contact@mupras.com |
| ② Prise en charge | pec@mupras.com |
| ③ Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

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

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

1225

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HERMAS Mohamed FAKER

Date de naissance :

01-01-1951

Adresse :

Rue 457 N° 43 Ctes des

Amazigh Agadir 80030

Tel. :

0662180070 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur IDRISI Moustafa
Ophthalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'autre médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Age :

Enfant

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
10/07/20			Docteur IDRISSI Mousaab Ophtalmologue Hôpital Hassan II AGADIR INP : 041002781	INP :

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 OPTICIEN OPTOMETRISTE Rue Omar el Khâïm Agadir - Tel.: 05 28 22 73 46	1 JUIN 2020					

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
D.O.F PROTHESES DENTAIRES		<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">255334112</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">000000000</td> <td style="text-align: center;">000000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">000000000</td> <td style="text-align: center;">000000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">355334111</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			H	255334112	21433552	D	000000000	000000000	B	000000000	000000000		355334111	11433553
H	255334112	21433552														
D	000000000	000000000														
B	000000000	000000000														
	355334111	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)

[Signature]

NOM : HERMAS

PRENOM : MOHAMED FADEL

OD : +2.50 (-1.50 x 135)

OG : Plan (-1.50 x 135)

EP : A.M. +3.00

AGADIR Le : 10/07/2020

CACHET et SIGNATURE



Docteur IDRISI Moustafa
Ophthalmologiste
Hôpital Hassan II - ACADIR



OASIS OPTIQUE

AGADIR LE : 11 JUIN 2020



Code INPE : 045005360

FACTURE N° : 143100

Présentation des lunettes :

M : Hermann Mohamed Fadel.

Ordonnance du Docteur : ZDR ISSI.

N° de nomenclature correspondant à la Prescription.	Loin OD.....	OG.....
DF/PROG.	OD..... <u>+2,50/-1,50x135°</u>	PRES OD.....
OG.....	<u>plan/-1,50x135°/+1,50</u>	OG.....

FOURNITURE Prix

Monture..... A. Martine couleur 1150,00

Verres Oasys Teinte translucide bleu 1100,00

TOTAL

11500,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

11500 leuf cent dhous



Oasis Optique Depuis 2001
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Rue Omar el Khâïam
Ansemat - Agadir - Tel: 0526 22 23 45

Cachet et signature :

Patente : 48118801 / IF : 75764366 / Aut. N° : 15323 / ICE : 001183480000071 / R.C. : 40312