

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.

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.

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

- 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



MUPRAS

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

ND: 33 990

Déclaration de Maladie : N° P19-0004382

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5163 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUHAIR AHMED Date de naissance : 24-05-59
 Adresse : 270 HAY NOULAY RACHID Berrechid
 Tél. : 06-66-59-2504 Total des frais engagés : 2200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBBI MASSA
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafil Berrechid
Tél. 0522 32 45 17

Date de consultation : 07 JUL 2020
 Nom et prénom du malade : Souhairi Ahmed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Amétropie
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 27/07/2020



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
7 JUL 2020	2		300,00	

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

AM

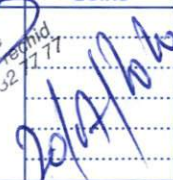
PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5, 1er étage - Hassan II - B. Rachid
Tél. 022 33 32 61 - Fax 022 32 777





300,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

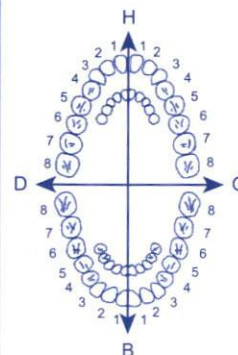
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

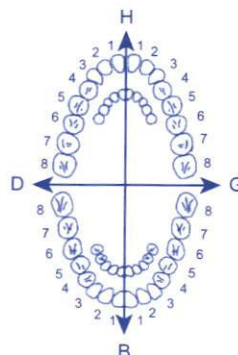
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1^{er} étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الطبيبة اشبيهي حسني سمية

الطبيبة في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

الليزر - الوعائي للشبكية - الليزر

زققة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

هاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

07/07/2020

Mr. SOUHAIRI Ahmed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = + 0.75 (- 0.25 à 95°)

OG = + 0.50

VP :

ODG = Add : + 3.00

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5, Lor Issaï Ba Hassan II Bt rechid
Tél.: 022 53 32 01 Fax 022 52 77 77

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid
Tél. 05 22 32 48 47

5, Lot Essafi Bd. Hassan II
I Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 20/07/2020

Client	MR SOUHAIRI AHMED
--------	-------------------

FACTURE N°620/2020

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS	800,00	1 600,00
			2 300,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE TROIS CENT
DIRHAMS**

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5, Lot Essafi Bd Hassan II - Berrechid
Tél. : 022 53 32 61 - Fax : 022 52 77 77