

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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.

N° W19-577287

48022

Maladie  Dentaire  Optique  Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) **7804** Société : **Royal Air Maroc**

Matricule : **7804** Société : **Royal Air Maroc**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : **Reformé**

Nom & Prénom : **BELAHSEN Imane**

Date de naissance : **04-01-1968**

Adresse : **18 Rue de la Réunion - Résidence Nezha**

**APT 1 - ETG 1 CASABLANCA 20040**

Tél. : **0663141455** Total des frais engagés : **3560,00** D

Cadre réservé au Médecin **JACLINE TAZI DOCTEUR OPHTALMOLOGISTE 6, Bd d'Anfa, 3<sup>e</sup> Etage CASABLANCA**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07/10/2020**

Nom et prénom du malade : **BELAHSEN Imane** Age : **04/01/1968**

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 un 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 : **CASABLANCA** Le : **20 NOV. 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Jafar**



# 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
07.10.20	G	300,00	INP : 09202263	DOCTEUR OPHTHALMO 16, Bd d'Anfa CASABLANCA TEL. 0522294767

## EXECUTION DES ORDONNANCES

(Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur)	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU LYCEE N° 8 bis Rue de la Réunion - CASA Tél : 05 22 29 47 67 ICE : 00168908800047 092022060	07/10/20	60,00

## 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
		AM	PC	IM	IV	
OPTIVERDUN Opticienne Optométriste Rue Ahmed Ouahid Bordeaux Verden - CASA Tél/Fax: 05 22 27 33 18 - GSM: 06 87 94 11	8.11.10.2020	1 monture		700,00		700,00
		10 uob		1500,00		1500,00
		10 uob		1500,00		1500,00
				3700,00		3700,00

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
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'EXECUTION**



Casablanca, le mercredi 07 octobre 2020

Madame BELAHSEN Imane

RIMA PHARMA  
PVC : 00,00

60,00

Dans les 2 yeux :



60,00  
OXYAL

1 GOUTTE, 4 fois par jour à la demande et en cas de gêne.



Docteur TAZI Nacer  
OPHTALMOLOGISTE  
96, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 31  
CASABLANCA  
Tél : 0522.22.22.18



Casablanca, le mercredi 07 octobre 2020

Madame Imane BELAHSEN

Verres et monture :

Progressifs

Œil droit : +1.75, Addition +2.50

Œil gauche : (138° -0.50) +1.50, Addition +2.50

**OPTIQUE**  
Opticienne Optique  
Rue Ahmed Ouabdi  
Bordeaux Verduin - Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 22 33 18 - GSM: 06 67 80 94 48

**Docteur TAZI Nacer**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
96, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 3  
**CASABLANCA**



# OPTI VERDUN

## FACTURE

N° 009148

Mr BELA HSEN IMANE Date 21/10/88

Qté	Designation	Montant
1	monture	700,00
1	Vlo8 OD:+1,75	1500,00
1	Vl408 OD:+1,50 (-0,50 à 138)	1500,00
	Add : OD: +2,50	
Total HT	ICE: 001708289000089	
Total TTC	FNPE: 095001343	3700,00 DH

OPTI VERDUN  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed Ouahbi N° 8  
Bordeaux Verdun Casablanca  
Tél./Fax: 05 22 27 33 18 GSM: 06 67 80 94 49

Arrêté la présente facture à la somme de trois mille  
Sept cent dix mille