

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W19-593978

51528

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13208 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AIT FAKIR Soufiane
Date de naissance : 26 Mars 1996
Adresse : 127 Bloc L ELHAOUZIA Kenitra
Tél : 0623585953 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/12/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : vice de refraction

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 : / /

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

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
08 12 2020		08	25004	 <p>12100663 Abdoul OPHTALMOLOGIE Rue Sadiq Tel: 05 33 33 33 33 33</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sanae El Haouzia - Kenitra Tél : 05 37 35 56 55 IMP : 052052362 - CE 000010049880658	20/05/2018	18872

[illegible]

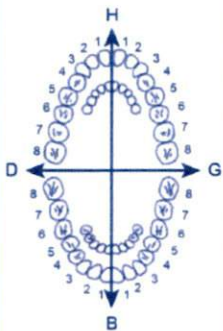
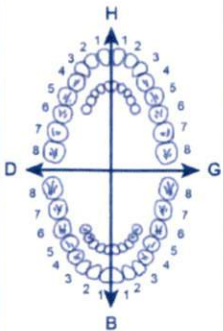
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	10.12.2020					4000 D

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	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Dr. Abdelaziz EL KAZDAR

OPHTALMOLOGISTE

Ex Spécialiste de l'hôpital Universitaire
20 Août - Casablanca

Phacoemulsification - Anélographie

Rétinienne - Echographie Oculaire

Laser - Strabisme - Lentille De Contact



الدكتور عبدالعزيز القزدار

طبيب اختصاصي في طب و جراحة العيون

طبيب اختصاصي سابقا بالمستشفى

الجامعي 20 غشت الدار البيضاء

جراحة العيون بالصدى - تخطيط أوعية الشبكية

الفحص بالصدى - حول العين - الليزر

العدسات اللاصقة

Dr. Abdelaziz EL KAZDAR
OPHTALMOLOGISTE
15, Rue Sebou, Rés. La Chope, 2ème Étage N°1
Kénitra - Tél: 05 37 37 17 02

19-14-17

Soufiane

H pour V

OD = -2,00

OU = -1,75 (-0,50 a

anti reflect

patent 3/ (1mm)
varilux 1/3 (1mm)

Pharmacie Sanae
15, Rue Sebou, Rés. La Chope, 2ème Étage N°1
Kénitra - Tél: 05 37 37 17 02

Dr. Abdelaziz EL KAZDAR
OPHTALMOLOGISTE
15, Rue Sebou, Rés. La Chope, 2ème Étage N°1
Kénitra - Tél: 05 37 37 17 02

RABIA ESSEH
LUNETIER
Ray Wafaa 1 N° 16 - Kénitra
Tél: 05 37 37 17 02

نقطة سبو ، إقامة لاشوب ، الطابق الثاني، رقم 1 القنيطرة - هاتف : 05 37 37 17 02
15, Rue Sebou, Résidence Lachope 2^{ème} Étage, N°1 Kénitra - Tél: 05 37 37 17 02



Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS

407252

RIMA PHARMA
PVC : 98,00

0011111111111

RABIA ESSEHB LUNETIER

Kénitra.le: 10.12.2020

Hay wafaa I N°16 Kenitra

Tél: 06 10 26 37 24 /R.C.:57086

I.F.:29652539 -ICE:001740824000072

Patente:20405012-C.N.S.S: 8145395

FACTURE

N° 007731

Dr: Abdelaziz el kazdar M: Soufiane Ait-
fkin

VISION DE LOIN

O.D: Cyl Sph -2
O.G: Cyl (1.0, 1.02, 1.03) Sph -1.75

VISION DE PRES

O.D: Cyl Sph
O.G: Cyl Sph

QUANTITE

DESIGNATION

PRIX

Monture: monture

Verr: 2 Verres organique

Antireflet

1500dh

2500dh

Montant (en lettres)

Quatre mille
cinquante

TOTAL 4000DH

Cachet . Signature

RABIA ESSEHB
LUNETIER

Hay Wafaa 1 N° 16 - KENITRA
Tél: 06.10.26.37.24

RABIA ESSEHB
ICE: 001740824000072