

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° W19-498732

51896

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : #1285# Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CABRANE Abdellah

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : KAMAL II Bloc-A lot-M8 SETTAT

Tél. : 0664456419 Total des frais engagés : #166800 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2020

Nom et prénom du malade : ALOU ZAHRA

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

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

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 : SETTAT Le : 24/11/2020

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
13/11/20			209,00	INF 061231239

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/20	68.000 DH

[illegible]

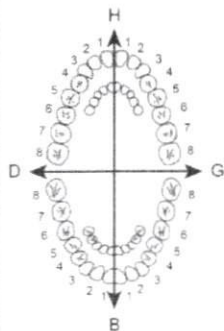
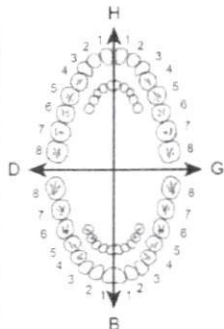
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<div> <div>2</div> <div> <div>Officine CHIRURGIE</div> <div>Fab. Sabillon Nord</div> <div>Part. Omar - Cottet</div> <div>Tel: 05 23 46 50 50</div> </div> </div>	21/11/2020					1400,00 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 :

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	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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدري سفيان
أخصائي طب وجراحة العيون

13 novembre 2020

Mme ALOUI ZAHRA

68,00

1/ VITADROP COLLYRE



RIMA
PHARMA
P.V.C
68.00 DH

1 goutte le soir pendant 15 jours



Dr. BADRI Soufiane
Chirurgien - Ophtalmologue
Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1, 1^{er} étage, Sétat
Tél: 05 23 71 26 00 INF: 05 23 1239

☎ 05 23 71 26 00 ☎ 07 67 224 295 ✉ dr.badri.soufiane@gmail.com

📍 Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1, 1^{er} étage - Sétat
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عهارة النمل 1 الطابق الأول سطات



Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدري سفيان
أخصائي طب وجراحة العيون

13 novembre 2020

Mme ALOUI ZAHRA

Monture + verres correcteurs progressifs
antireflets

VL :

OD = + 1.75 (- 1.00 à 90°)

OG = + 2.00 (- 1.00 à 90°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

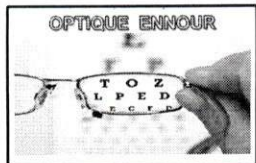
Officine ENHOUR
Rue Sadoun N° 1
Dent. Oudj - Settati
Tél. 05 23 40 53 53

Dr. BADRI Soufiane
Ophtalmologue
Rue Hassan 2 - 1^{er} étage - Settati
Tél. 05 23 71 26 00

☎ 05 23 71 26 00 ☎ 07 67 224 295 ✉ dr.badri.soufiane@gmail.com

📍 Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1 , 1^{er} étage - Settati
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عمارة المنزل 1 الطابق الأول

I N P E : 065010761



ICE: 001919554000015
PATENTE: 40039770
IF: 93019910
R.C: 15548 - Settat

Fait à Settat, le

21/11/2020

AL: OUI ZAHRA

Optique ENNOUR
Rue Saefton N° 1
Dar Omer - Settat
TEL: 05 23 40 50 53

FACTURE N°:

32

Vision de loin :		Vision de Près :	
OD : Sph	+1,75	Cyl	-1 à 90
OD : Sph	+2,50	Cyl	
OG : Sph	+2	Cyl	-1 à 90
OG : Sph	+2,50	Cyl	

Désignation	Nombre	total toutes taxes comprises (EN DH)
Monture	1	200,00
OD:verres organiques progressifs	1	600,00
OG:verres organiques progressifs	1	600,00
		1 400,00

Arrêté la Présente facture à la somme de :

mille quatre cents DH TTC.

Cachet et signature

Optique ENNOUR
Rue Saefton N° 1
Dar Omer - Settat
TEL: 05 23 40 50 53