

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.

Adresses Mails utiles

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| 0 | Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 | Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 | 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



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

Déclaration de Maladie

Nº W19-424485

ND: 2000 f

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07494 Société :

- ☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JALOUAJA ILACHID

Date de naissance :

Adresse : 105 rue THIA-HOU 8812 - 57420 CHILLY

Tél : 0661 801932 Total des frais engagés : 300 x 36,00 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. Soumaya CHEBINI HASSAN
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafli Berrechid
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : - 9 DEC / 2019

Nom et prénom du malade : En 2011 A. Hima Age: 22

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

Nature de la maladie : Améliorée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pliconfidentiel 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 : 20/01/2017 Le : 20/01/2017 / 20/01/2017 / 20/01/2017

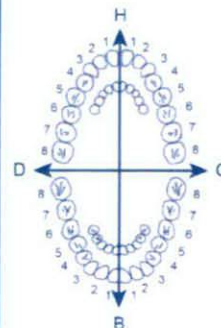
Signature de l'adhérent(e) :

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
9 DEC 2019	Exam	1	3000	INF : 066060714 Dr. Soumaya CHEBIHI HASSA OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafli Berrech Tél. 0522

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Naffi Berrechid
Tél. 0522 39 48 47

[illegible][illegible][illegible]

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

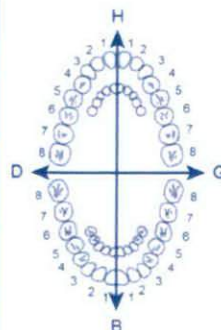
	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

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 - (Près du Tribunal de la famille)
Berrechid - Tél. : 05 22 32 48 47

الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إخصائية في أمراض وجراحة العين

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - (قرب محكمة الأسرة)
برشيد - الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

09/12/2019

Mme EL IDRISSI Fatima

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = + 1.75 (- 1.00 à 95°)

OG = + 2.00 (- 0.50 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 2.25

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optometriste
5 Lot Issali Bd Hassan II - Berrechid
Tél : 0522 32 42 51 Fax 022 32 77 77

1/ CELLUVISC: COLLYRE

1 Goutte 3 fois/ jour (1 boîte), les deux yeux

2/ ZALERG

1 Goutte 2 fois/jour (1 flacon), les deux yeux

3/ FLUCON: COLLYRE

1 Goutte 4 fois / jour (15 jours), les deux yeux

DR. SOUMAYA CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 48 47

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

BERRECHID LE : 27/01/2020

Client	MME IDRISSE FATIMA
--------	--------------------

FACTURE N°160/2020

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	900,00	900,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS +ANTI REFLET	1 350,00	2 700,00
			3 600,00

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

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5, Lot Essafi Bd. Hassan II - Berrechid
Tél : 05 22 53 32 61 - 022 32 77 77