

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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.

Éducation :

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

- 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 060616

5-8235

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1269 Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : ZERKANI ABDELHAK

Date de naissance : 04.10.52

Adresse : Rue Bethoven Rés OUMNIA 1 8ème étage

N° 164 TANGER

Tél : 0661535181 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDRISI SERHROUCHNI ABDERRAHIM
Spécialiste en Ophtalmologie
Av. Moulay Youssef Rue Abou Daoud Dahiri (Del Greco)
Rcs. Al Hadika Rez de Chaussée N°13
Tél/Fax : 05 39 04 06 22 - Tanger

Date de consultation : 11/12/2020

Nom et prénom du malade : BELLACK Jamila Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : VIC de la Diabète

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 : TANGER

Le : 11/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-060616

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :


Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
11/12/2020	C2		250 DH	


EXECUTION DES ORDONNANCES AL ANDALOU

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2020	335,70

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/12/2020					1500 DH #

ICE:
002196831000004
VOLET ADHERENT

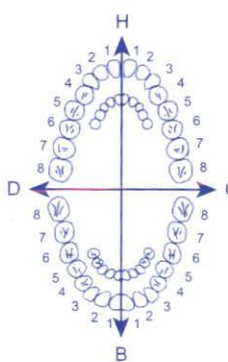
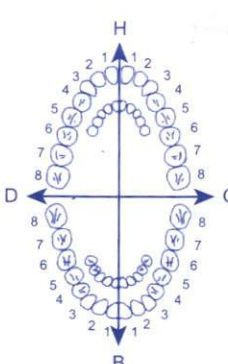
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 IDRISSE SERHROUCHNI ABDERRAHIM

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de Rabat

Ex médecin chef du service des maladies

oculaires de l'hôpital al kortobi Tanger

Chirurgie de la cataracte (phacoémulsification)

Chirurgie des glaucomes

Chirurgie des voies lacrymales, et des paupières

Chirurgie des strabismes

Angiographie / laser / ocl / échographie oculaire



الدكتور إدريسي سفروشنى عبد الرحيم

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

رئيس سابق لقسم أمراض العيون بمستشفى القرطبي بطنجة

جراحة المياه البيضاء (اجلالة) بالليزر

جراحة المياه الزرقاء

جراحة مجرى الدموع وجراحة الجفون

جراحة الحول

شبكية العين / العلاج بالليزر / التصوير المقطعي / التصوير بالصدى

Tanger leTanger, le vendredi 11 décembre 20

Madame BELLACH Jamila

ZALERG(ketotifen0.25mg/ml)collyre

2 fois par jour, pendant 1 mois

- HYFRESH (HYALURONATE DE SODIUM 0,2%)

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 2 mois

75,70

130.00x2
260,00

335,70

Lot / Fab / EXP
3N29
03 2020
03 2022

صيدلية الأندلس
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benjelloun Jaoufik
118, BOULEVARD MOHAMED V
TEL: 05 39 94 69 18
TANGER

الدكتور إدريسي سفروشنى عبد الرحيم
Dr. IDRISSE SERHROUCHNI ABDERRAHIM
Spécialiste en Ophtalmologie
Bx. Moulay Youssef Rue Abou Daoud Dahiri (Del Greco)
Rés. Al Hadika Rez de Chaussée N°13
Tél./Fax: 05 39 94 06 22 - Tanger

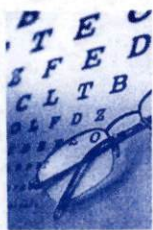
HyFresh

Lot: F0204
Fab: 06 20
Exp: 06 23

PPC: 130 DH 00

HyFresh

Lot: F0204
Fab: 06 20
Exp: 06 23
PPC: 130 DH 00



LUNETIER MSALLAH



Facture N° 000580

Tanger, Le 15/01/2021

Client: BELLACH JAMILA

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	TOTAL DH.
1	MONTURE optique V.L.	300	300
1	MONTURE optique V.L.	200	200
2	Verre OR Gamme V.L.	250	500
	Anti-reflet V.L.	1.6	
2	Verre OR Gamme V.L.	250	500
	BLU Anti-reflet V.L.	1.6	
LASRIYOUSSEF LUNETIER Rue 34 N°3 - RDC MSALLAH TANGER - Tél: 06 15 34 41 03			2500 DH #
TOTAL			

Dr IDRISSE SERHROUCHNI ABDERRAHIM

Spécialiste en Ophtalmologie
Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

Ex médecin chef du service des maladies
oculaires de l'hôpital al kortobi Tanger
Chirurgie de la cataracte (phacoémulsification)
Chirurgie des glaucomes
Chirurgie des voies lacrymales , et des paupières
Chirurgie des strabismes
Angiographie / laser / ocl / échographie oculaire



الدكتور إدريسي سغروشنى عبد الرحيم

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

رئيس سابق لقسم أمراض العيون بمستشفى القرطبي بطنجة

جراحة المياه البيضاء (اجلالة) بالليزر

جراحة المياه الزرقاء

جراحة مجرى الدموع وجراحة الجفون

جراحة الحول

شبكة العين / العلاج بالليزر / التصوير المقطعي / التصوير بالصدى

Tanger le :Tanger, le vendredi 11 décembre 2020

Madame BELLACH Jamila

DEUX PAIRES DE LUNETTES + MONTURES :

DE LOIN anti reflet anti bleu

Oeil Droit : $(85^{\circ} - 0,75) + 1,00$

Oeil Gauche : $(80^{\circ} - 0,75) + 0,50$

DE PRES

Oeil Droit : $(85^{\circ} - 0,75) + 3,25$

Oeil Gauche : $(80^{\circ} - 0,75) + 2,75$

LANSRI YOUSSEF
LUNETIER
Rue 34 N°13 RDC In SA LAH
TANGER - Tel : 06 39 94 06 22

الدكتور إدريسي سغروشنى عبد الرحيم
Dr. IDRISSE SERHROUCHNI ABDERRAHIM
Spécialiste en Ophtalmologie
Rue 34 N°13 RDC In SA LAH
TANGER - Tel : 06 39 94 06 22