

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 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° P19-0040985

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

63535

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5962 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAYED ABDEL MOULI

Date de naissance : 05/01/1961

Adresse : HAYEL NATAR LAAYOUNE

Tél. : 0666910288 Total des frais engagés : 200,00 + 2700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/01/2021

Nom et prénom du malade : MAMAD FAYED

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Ashgari's - Myeloproliferative disorder

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 : LAAYOUNE

Le : 21/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
20				<b>Dr. BERRIMANKI</b> Ophtalmologiste INPE: 024076559 GSM: 0667.07.84.62
01	C.P.		200.00	
21				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Al Qods</b> 6 A. F. Hay Mly. Laayoune Tel: 0528 99 28 13	20/11/21	210.0

# 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
		A M	P C	I M	I V	
<b>OPTIQUE AL QODS</b> OPTICIEN-OPTOMETRISTE 6 A. F. Hay Mly. Laayoune INPE: 0250135...	21/01/21					2500.00

# 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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. BERRIMA KHADRA**

**OPHTALMOLOGISTE**

EX Médecin Chef de Service

D'ophtalmologie à L'Hopital Hassan II

Des Spécialités de Laâyoune

INPE : 021076559

**الدكتورة بريمة خضرة**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة رئيسة بمصلحة أمراض وجراحة العيون

بمستشفى الحسن الثاني سابقا



Laâyoune Le .....

20-21-21

**ORDONNANCE**

Nom et Prénom .....

MANAL FAYED

Monture + Verres Correcteurs .....

+ 172

Correction Optique : .....

VL

OD:  $(180^\circ + 0,50) + 0,75$

OG:  $(170^\circ + 0,50) + 0,75$

OD:  $(180^\circ + 0,50) + 2,75$

OG:  $(170^\circ + 0,50) + 3,00$

**OPTIQUE AL OOD**

OPTICIEN-OPTOMETRISTE  
Av Al Ood N° 8 F. Im. 138 Hay 1  
Laâyoune TEL: 0528981284  
INPE 025013806

**Dr. BERRIMA .K**  
Ophtalmologiste

INPE: 021076559

GSM: 0661.07.84.62

Avenue Mekka, Rue Sakia El Hamra N°111 Appt 02 - Laâyoune

Fix : 05 28 99 00 06 Gsm : 06 58 20 45 71



# OPTIQUE ALQODS

Avenue AL QODS N°5 Bloc F

Imm 138 Moulay Rachid

LAAYOUNE

E-mail : [optique.alqods@gmail.com](mailto:optique.alqods@gmail.com)

OPTIQUE AL QODS  
OPTICIEN-OPTOMETRISTE  
Av Al Qods N°5 B F Imm. 138 Hay Mly Rachid  
Laayoune TEL : 0528981284  
INPE 025013806  
LAAYOUNE Le : 21/01/2021  
Facture N° 0095/FA2021



BENEFICIERE :

MANAL FAYED

Libellé	Qté	MONTANT
Verre : Progressif, INDO Photochromique AR	1	2200.00
Monture : GOCCI 88125 ADLT BROWN	1	300.00

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
OD	+0.50	+0.50	180°	+2.25
OG	+0.75	+0.50	170°	+2.25

TOTAL 2500.00

La présente facture est arrêtée à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENTS DHS

Payé : Espèce

Avenue ALQODS N° 5 Bloc F Imm 138 Moulay Rachid, LAAYOUNE

RC: 78162 IF: 24922073

ICE: 002025148000001