

## 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 la 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 canalaire, 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 canalaire.

#### Maladie et Affection Langue 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

- 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 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



 MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

Nº W21-609650

63533

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4720	Société :	RATP RETRAITÉ
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELAUCH Mohamed			
Date de naissance : 01/01/1955			
Adresse : 10 Rue El Farabi Hay Yasmine Berrechid			
Tél. :	0663180897	Total des frais engagés :	

Favorisierung CINDE IN<sup>o</sup> : A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. Soumaya CHERIHI HASSAN OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrachid 761 0522 32 48 47
Date de consultation :	04 MAR 2021
Nom et prénom du malade :	Beldouch Mohamed
Age :	30
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Gr. larycisme
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. 2-21

Fait à :

**Signature de l'adhérent(e) :**

Le : 15/03/2021

## RELEVE 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
04/03/2021	C2		300,00	INP : 0610000754 Dr. Soumaya CHERIFI HASSAN OPHTALMOLOGISTE Rue Othmane Nabi Berrechid Tél : 0522 32 40 47

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>HARMACIE YASMINA 7 RUE IBNOU NAFIS AK Yasmina Benchedid TSI...08 22 53 31 88 HARMACIE YASMINA</del>	<del>04-03-21</del>	<del>1016,00</del>
	<del>04-03-21</del>	<del>60,00</del>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>OPTIDINE</b> <b>KARIM EDDINE ADIL</b> Particulier - Optométriste 5, Lot ISSALI, Bd Hassiba Ben B. Techid 51, U22 53 32 p1 - fax U22 32 57 77 77	13/03/2011					20000

## RELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	<b>G</b>
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Maladiés et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1er étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



**الدكتورة اشبيهي حسني سمية**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطريق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

LOT/EXP.:

CW4840  
Y45043  
05/2022  
PPV 127DH00

Berrechid, le

04/03/2021

127.00 x 8

XALATAN: COLLYRE

**Mr. BELOUCH Mohamed**



LOT/EXP.:

CW4840  
Y45043  
05/2022  
PPV 127DH00

1 goutte le soir , les deux yeux (08 flacons, 8 mois)

1016,00

PHARMACIE YASMINA  
77 RUE IBNOU NAFIS  
HAY Yasmine Berrechid  
Tél. 05 22 53 31 88



LOT/EXP.:

DJ8915  
DJ3325  
12/2022  
PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4834  
Y45039  
04/2022  
PPV 127DH00

LOT/EXP.:

DD8167  
CN8682  
07/2022  
PPV 127DH00

Dr. Soumaya CHEBIHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibn Nafii - Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47

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 - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي سمسي سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العين

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زققة عقبة بن نافع  
الطريق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....  
**04/03/2021**

**Mr. BELOUCH Mohamed**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL :

OD = + 1.25 (- 0.75 à 75°)

OG = + 1.75 (- 0.75 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

60,00

OXYAL: COLLYRE

1 goutte 3 fois/ jour, les deux yeux

60,00

**OPTIDINE**  
KARIM EDDINE ADIL  
Opticien - Optométriste  
5, Lot Issai, Bd Hassan II - Berrechid  
Tél. 022 53 32 01 - Fax. 022 32 77 77

PHARMACIE YASMINA  
77  
RUE IBNO NAFIS  
HAY YASMINA  
Tél. 022 53 31 83  
Berrechid

**RIMA**  
**PHARMA**  
P.V.C  
60 00 DH

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 05 22 32 48 47

# OPTIDINE

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

BERRECHID LE : 13/03/2021

Client	MR BELLOUCH MOHAMED
--------	---------------------

FACTURE N°430/2021

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	600,00	600,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS+ANTI REFLET	900,00	1 800,00
			2 400,00

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE QUATRE CENT  
DIRHAMS**

