

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W21-615368

65000

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUDGHIRI MOULAY IDRIS
 Date de naissance : 15/07/1967 CASSA
 Adresse : 57 me 35 Lt ALAHOVN CASSA
 Tél. : 06 61 21 27 55 Total des frais engagés : 9262 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/03/2021
 Nom et prénom du malade : OUDGHIRI
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint
 Nature de la maladie :
 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 : CASSA Le : 23/03/21

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-615368

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 : 9262

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
26/03/2021	SK	1	210,5	INP : 09/11/15/09/15 PHTALMOLOGUE Docteur Fadad NCRI 283, Bd Zerktouni 4 ^{ème} étage Casablanca Tél: 05 22 35 83 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/03/2021	112,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/03/2021					890,00

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

Docteur Fouad NCIRI

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des Yeux

Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II

Ancien Interne des Hôpitaux de France

CHIBRO-CADRON

Collyre-Flacon 5 ml

PPV 28.60 DH

A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV

Distribué par les laboratoires SOTHEMA

B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC



الدكتور فؤاد النصري

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جريج كلية الطب ببوردو فرنسا

داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des Glaucomes

Chirurgie Vitreo - Rétinienne

Chirurgie cataracte par Phako-émulsification

بالميعاد

NAABAK 4,9%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH

nca, le: 26/3/21 : الدار البيضاء في

6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouil, Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

OPTIQUE HDIDOU
44, Rue Tarabouls, Casa
Tél 0522 20 29 30



OPTIQUE HDIDOU

Opticienne - Optométriste
Diplômée de l'institut supérieur d'optométrie
et d'optique de contact de Bruxelles (I.O.R.T)

DATE: 26/03/2021

FACTURE N° 210 262

NOM: OUDGHIRI MLY IDRIS

MEDECIN: NCIRI FOUAD

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	+0.50			2.50
V.L.G	+0.50	-0.25	125	2.50
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
GUESS GU 7642 32F 58-13	900.00
VERRES	
PROG POWER ORG 1.6 TRANSITION GRIS ANTIREFLI	4000.00
PROG POWER ORG 1.6 TRANSITION GRIS ANTIREFLI	4000.00
Total T.T.C:	8 900.00
T.V.A	1483.33

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:
HUIT MILLE NEUF CENTS DIRHAMS

Mode de règlement

OPTIQUE HDIDOU
44, Rue Tarablous, Casa
Tél: 0522 20 29 30