

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 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 Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-584736

66392

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8062 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BISTARINE Ahmed

Date de naissance : 01/01/1962

Adresse : Rue 15 n° 6 ERAC INZEGANE AGADIR

Tél : 0668324698 Total des frais engagés : 2270,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2021

Nom et prénom du malade : BISTARINE EL MEHDI

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

Nature de la maladie : Consultation ophtalmologique

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 : AGADIR Le : 07/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. SOUFI. G.
Ophtalmologiste
Tifouine, Bloc F, Etage N° 1
Angle Av. Moussac et Rue Oued Ziz
AGADIR - Tel: 05 22 20 45 45

MUPRAS
3 MAI 2021
ACCUEIL

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
07/04/2021	C1		250,00	INP : 04 17 48 55 Dr. SOUFI. G. Ophtalmologiste Imm. Tifaouine, Bloc E2, Etage 1 Angle: Moulay El Bacha, Rue Out el Ziz AGADIR - Tél: 05 38 84 20 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BACHA Dr. SOUFI. G. 05 38 84 20 32 Cité Dakika Agadir	07.04.2021	20,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE 2020 N° 4, Place des Taxis, Imm. Zouhour Q.I. Agadir - Tél: 05.28.82.35.12 GSM: 06.75.30.8830 Patente: 48123279 - I.F. 76754538 CNSS: 2388493 - R.C. 41572 ICE: 001685016000000 045015575	07/04/2021					200,00

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 canaux, 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>H</td> <td> </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>B</td> <td> </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



OPTIQUE 2020

Opticien - Optométriste

N° 4 Imm. Zouhour. Place des Taxis. Q.I. AGADIR

Près de la poste de police - Tél.: 05 28 82 35 12

Patente : 48123279 - I.F : 76754538

R.C : 41572 - ICE : 001685016000090

Facture N°

0002326

Agadir le :

07/04/2021

Nom :

BISTARINE

Prenom :

Elmehdi

Médecin :

Soufi

Ghizlane

Qté	Désignation	Nomenclature	Prix
2	Verres organique	—	900,00
	Antireflet Blue cut		
1	Monture	—	1100,00
<div>OPTIQUE 2020 N° 4. Place des Taxis, Imm. Zouhour Q.I. Agadir - Tél: 05.28.82.35.12 GSM: 06.75.30.9930 Patente: 48123279 - I.F: 76754538 CNSS: 2388493 - R.C. 41572 ICE: 001685016000090</div> <div>045015575</div>			
TOTAL			2000,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de

Deux Mille

Dix Huits

Dr SOUFI Ghizlane

Ophtalmologiste

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancienne interne au CHU de Rabat - Salé

Ancienne interne au CHNO des XV-XX Paris

الدكتورة غزلان الصوفي

أخصائية في طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى XV-XX بباريس

07 Avril 2021

Mr. BISTARINE Elmehdi

Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Organiques Antireflets multi-couches

OD = + 0.25

OG = + 0.25

OPTIQUE 2020
N° 4, Place des Taxis, Imm. Zouhour
Q.I. Agadir - Tél: 05.28.82.35.12
GSM: 06.75.30.9990
Passeport: 4812379 - I.F. 76754538
CNSS: 2386493 - R.C. 41572
ICE: 001685016000090

Dr. SOUFI. G.
Ophtalmologiste
Imm. Tifaouine, Bloc E2, Etage N°4
Angle Av. Moukaouama, Rue Oued Ziz
AGADIR - Tél: 05 28 84 20 32

Bd Moukaouama ang. rue Oued Ziz, Résidence Tifaouine

Bloc E2 4ème Etg, Appt n°4. Q.I.- AGADIR

E - mail : drsoufi.g@gmail.com

Tél : 05 28 84 20 32

شارع المقاومة وشارع واد زيز إقامة تيفاوين. عمارة E2

الطابق 4، الشقة 4، الحي الصناعي. أكادير

البريد الإلكتروني : drsoufi.g@gmail.com

الهاتف : 05 28 84 20 32

Dr SOUFI Ghizlane

Ophtalmologiste

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
Ancienne interne au CHU de Rabat - Salé
Ancienne interne au CHNO des XV-XX Paris

الدكتورة غزلان الصوفي

أخصائية في طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى XV-XX بباريس

07 Avril 2021

Mr. BISTARINE Elmehdi

1/ BLEFARETTE X

(imbibées d'eau tiède) faire massage des paupières ,1 fois par jour, pendant 10 minutes, les deux yeux, 21 jours

2/ FRAKIDEX POMMADE OPHTALMIQUE

1 app par jours dans l'œil droit et sur le bouton , œil gauche, 15 jours



PHARMACIE TIFAOUNA
Dr. Boufelfel Salda
06 11 27 34 47
Av. Ghandi, N°8 Cité Dakila Agadir

Dr. SOUFI. G.

Ophtalmologiste

Imm. Tifaouine, Bloc E2, Etage N°4

Angle Av. Moukhouama, Rue Oued Ziz

AGADIR - Tél : 05 25 84 20 32

Bd Moukaouama ang. rue Oued Ziz, Résidence Tifaouine

Bloc E2 4ème Etg, Appt n°4. Q.I- AGADIR

E - mail : drsoufi.g@gmail.com

Tél : 05 28 84 20 32

شارع المقاومة وشارع واد زيز إقامة تيفاون. عمارة E2

الطابق 4, الشقة 4, الحي الصناعي أكادير

البريد الإلكتروني : drsoufi.g@gmail.com

الهاتف : 05 28 84 20 32