

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O 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 Aggar Ben Abdellah - 66000 - Etage Aggar Rue Mohamed Fakhri Aggar Aggar Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance 28000) Tél : 05 22 20 15 45 (15 lignes) Fax : 05 22 20 15 46 www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-625477

69 632

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08652 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA
 Date de naissance : 10/01/1970
 Adresse : N°14 Rue ABU DHAR EL GHAFARI, EL ZAHRA
 Berrechid
 Tél. : 06 70 56 20 56 Total des frais engagés : 1811,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Soumaya CHEBINI HASSAN
 OPHTALMOLOGISTE
 Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
 Tél. 05 22 52 48 47
 Date de consultation : 14 AVR. 2021
 Nom et prénom du malade : MAAROUFI Rihob Age : 18 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Amétropie
 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 : Berrechid Le : 28 / 04 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-625477

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).

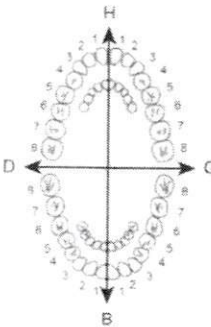
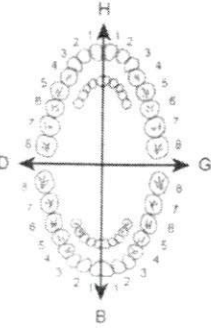
Matricule : 08652
 Nom de l'adhérent(e) : Maaroufi
 Total des frais engagés : 1811,40 Dhs
 Date de dépôt :

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 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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	G											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	B											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction)			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

14/04/2021

Mlle MAAROUFI Rihab

Monture pour enfant + verres correcteurs

OD = - 0.50 (- 0.50 à 130°)

OG = - 0.75

1/ ZALERG

1 Goutte 2fois/jour (1flacon), les deux yeux

2/ TOBRADEX COLLYRE

1goutte 4fois/jr 15jr, les deux yeux



Pharmacie ELZAHRA
Dr. EL GUERMAI Nadia
Tél: 0522 32 80 39



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 48 47

OPTIQUE EL FATH



Bd. Moudiboukita, Bloc «j» N° 83
Casa - GSM : 0661 97 79 82
Patente : 36616616

نظارات الفتح

شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83
الدار البيضاء - الحمول : 06 61 97 79 82
البيانات : 36616616

FACTURE N° 009590

Casablanca, le : 19/04/2021

M: MAA ROUFI RI HAB

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture: optique 800.00 DH

Verres: organique 300.00 DH

VL:

OD: -0.50 (-0.50 a 0.75) 300.00 DH

OG: -0.75 300.00 DH

VP:

OD:

OG:

Total : 1400.00 DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Mille quatre cents