

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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 Atlas Ser Abdelah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité - Casablanca 20200 - Tél : 05 22 50 45 45 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 16 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-613426

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01948

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

JBARA Driss

Date de naissance :

01/01/1947

Adresse :

0,5 Rue Mohamed Charinet

Tél :

0664557044

Total des frais engagés :

2156,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ANNOUR
Dr Nasreddine ANNOUR
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX
Tél. 05 36 70 31 91 / 05 36 71 28 71
Oujda

Date de consultation :

17-02-2021

Nom et prénom du malade :

JBARA Driss

Age :

74

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Myopie

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 :

Oujda

Le :

17-02-2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-613426

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 :

01948

Nom de l'adhérent(e) :

JBARA Driss

Total des frais engagés :

2156,70

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 |
| 17/02/2011 | CS | | 250 DHS | INP : 081075771 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |

| 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 | |
| Optique CHTAITI Opticienne optométriste 88 Bd HASSAN 2 AHFIR Tel 0703030610 | 26/03/2011 | | | | | 1800 DHS |

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 pratique 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 : 081075771 |
| | | | | 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 | | | |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35573411 11433553 G B | | 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"/> | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

Dr. Nasreddine Haouat
Ophtalmologiste

Diplômé de la Faculté de NICE FRANCE
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex-Médecin Chef des Services d'Ophtalmologie
des Hôpitaux Militaires des F.A.R
(MEKNES-MARRAKECH)



الدكتور نصر الدين حوات

خريج كلية نيس بفرنسا

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب رئيسي بقسم العيون بمستشفيات
القوات المسلحة الملكية
(مكناس - مراكش)

Oujda, le 17-02-21

M. *Amara* *8015*

♦ LASER ARGON

♦ LASER YAG

♦ ANGIOGRAPHIE
FLUORESCINIQUE

♦ ECHOGRAPHIE
BIOMETRIE SONDE
10 MGHZ et 20 MGHZ

♦ CHAMPS VISUEL

♦ TOPOGRAPHIE
CORNEENNES ET
SIMULATION
A LA FLUORESCINE

38,90

Allecort

67,80

Tanakan

106,70

PHARMACIE IBN BADIS
Dr. Latifa BABA
Angle Rue Abdelhamid Ibn Badis
et Rue Ibn Zaydoun N° 36
Tél. 05 36 71 16 68 - OUDJA



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE AMOUR
Dr Nasreddine HAOUAT
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX
Tél. 05 36 70 31 96 / 05 36 71 28 71
OUJDA

شارع الدرفوفي - عمارة حمري - الطابق الثاني - وجدة

Bd. Derfoufi - Imm. HIMRI - 2^{ème} Etage - Tél.: 05 36 70 31 96 / Fax: 05 36 71 28 71 - OUDJA

ICE : 001713661000056 - INP : 081073777

Dr. Nasreddine Haouat

Ophtalmologiste

Diplômé de la Faculté de NICE FRANCE
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex-Médecin Chef des Services d'Ophtalmologie
des Hôpitaux Militaires des F.A.R
(MEKNES-MARRAKECH)



الدكتور نصر الدين حوات

خريج كلية نيس بفرنسا

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب رئيسي بقسم العيون بمستشفيات
القوات المسلحة الملكية
(مكناس - مراكش)

Oujda le 02 21

M. Jeanne Driss

♦ LASER ARGON

♦ LASER YAG

♦ ANGIOGRAPHIE
FLUORESCINIQUE

♦ ECHOGRAPHIE
BIOMETRIE SONDE
10 MGHZ et 20 MGHZ

♦ CHAMPS VISUEL

♦ TOPOGRAPHIE
CORNEENNES ET
SIMULATION
A LA FLUORESCINE

u s s d a l f l

(0) (- 0.12 a 80)
(0) (- 1.00 a 180)

culcul a l f 3.00

u = 1.25

Optique CHTAITI

Opticienne optométriste

80 Bd HASSAN 2 AHFIR

Tel 0708030610

CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE ANNOUR
Dr Nasreddine HAOUAT
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX
Tél. 05 36 70 31 96 / 05 36 71 28 71
CHTITA

شارع الدرفوفي - عمارة حمري - الطابق الثاني - وجدة

Bd. Derfoufi - Imm. HIMRI - 2^{ème} Etage - Tél.: 05 36 70 31 96 / Fax: 05 36 71 28 71 - OUJDA

ICE : 001713661000056 - INP : 081073777



Oulaya CHTAITI

Opticienne - Optometriste - Contactologue

رقم 86 شارع الحسن الثاني - أحفير

الهاتف: 06 13 97 28 97

Facture

N° 0 515

Le: 26 / 03 / 2021

Mr, Mme, Mlle: Jbara Driss

Ordonnance du docteur: Nasreddine HAOUAT

Nomenclature

V.L OD: $pl_{-}(-0.50 \div 80)$
OG: $pl_{-}(-1.00 \div 80)$

V.P OD:
OG: Add: + 3.50

Equipement optique :

*Lunettes

*Lunettes de Contact

Optique CHTAITI

Opticienne - Optometriste

N° 86 Bd HASSAN 2 AHFIR

Tel 0708030610

| Quantité | Articles | Prix total TTC |
|----------|-----------------------|----------------|
| 1 | - Monture | 400DH |
| 2 | - Verre | 1400DH |
| | - Lentille de contact | |
| | - Lentille de contact | |
| | - Total TTC | 1800DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de : INPE 085019875

LCF: 00613327600034 / TP: 12100138 / IF: 26100899 / RC: 40596