

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-624871

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3462

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUSSI LAHCOUNINE

Date de naissance :

30/6/1946

Adresse :

Rue Moulay Abdelhafid n° 7 Hay EL Hassani

Lay Youne

Tél. : 06 67 19 73 83

Total des frais engagés : 2200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

11/6/2021

Nom et prénom du malade :

SOUSSI LAHCOUNINE

Age : 30/6/1946

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vice de la refraction

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 : Lay Youne

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-624871

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)



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
21.06.21	C+S		250,00	INP : <u> </u> INPE : <u>021208723</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
<i>ADIL OPTICIEN OPTOMETRISTE N° 17 AV. DIBBER 24 74 - Laayoune 05 28 88 24 74</i>	21-6-2021	1950.00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, 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. PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Docteur Amine MAMI

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phaco
Maladies de la rétine
Glaucome
Chirurgie réfractive
Chirurgie des paupières et des voies lacrymales



دكتور أمين مامي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلاة (بالليزر)

أمراض الشبكة

داء الزرق (ضغط العين)

تصحيح البصر بالليزر

جراحة الجفون ومسالك الدموع

~~ORDONNANCE~~

facteur

11.06.21

Mr. SOUSSI Lahoucine

- C2: consultation spécialisée = 150 Dh
- +
- K20:
 - o gonioscopie + pachymétrie + tonométrie
 - +
o Examen de la périphérie rétinienne :
 - o 100 dh

Reçu en espèces la somme de deux cent cinquante dirhams.

Dr

محل محمد السادس (شارع السمارة) عمارة رقم 84 الطابق الثاني (أمام مستشفى الحسن الثاني) العيون

Bd mohammed VI (ESSMARA) Immeuble N°84 2^{ème} étage (en face hôpital hassan II), LAAYOUNE

Tél : 0528 99 25 25 / 0671 66 06 10 - Email : docteur.mami.ophtalmo@gmail.com

Docteur Amine MAMI

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phaco
Maladies de la rétine
Glaucome
Chirurgie réfractive
Chirurgie des paupières
et des voies lacrymales



دكتور أمين مامي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلاة (بالليزر)

أمراض الشبكة

داء الزرق (ضغط العين)

تصحيح البصر بالليزر

جراحة الجفون ومسالك الدموع

ORDONNANCE

11 juin 2021

Mr. SOUSSI Lahoucine

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.25 (- 0.75 à 125°)

OG = + 2.25 (- 0.75 à 110°)

VP : ODG = Add : + 3.00

~~ADIL OPTIQUE
OPTICIEN OPTOMETRISTE
BP 14 LAAYOUNE
TEL DE 28 99 24 14 LAAYOUNE~~

محل محمد السادس (شارع السمارة) عمارة رقم 84 الطابق الثاني (أمام مستشفى الحسن الثاني) العيون

Bd mohammed VI (ESSMARA) Immeuble N°84 2^{ème} étage (en face hôpital hassan II), LAAYOUNE

Tél : 0528 99 25 25 / 0671 66 06 10 - Email : docteur.mami.ophtalmo@gmail.com

JOLO

ADIL OPTIQUE

ICE : 00192096000091
IF : 20767389
TP : 77329042
RC : 61846

Facture

Facture N° : 19932 / 2021

Facture du : 21/06/2021

025015777

Client :

025015777

LAHOUCINE SOUSSI

Catégorie	Désignation	PU HT	Sous Total
VERRE	PROGRESSEF OR BLANC 1.56	1 600,00	1 600,00
MONTURE	METAL	350,00	350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Montant Total
MILLE NEUF CENT CINQUANTE DHS	1 950,00