

## 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.

N° W19-506819

84065

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <u>236</u>		Société : <u>Royal Air Maroc</u>	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>P.Boussaoi Noufissa</u>			
Date de naissance : <u>18/16/1940</u>			
Adresse : <u>45, Marika plage Mohammedia</u>			
Tél. <u>06/61 329 176</u>		Total des frais engagés : <u>7339,3</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. M. QERMANE</i> Ophthalmologiste Rue Doukkala N°8 - Kasbah Mohammedia - Tel: 023 32 20 89			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : <u>HABIBousse</u> _____			
Age : <u>78</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
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 relativé à la protection des données personnelles.  
Fait à : Allal Ben Abdellah      Signature de l'adhérent(e) : Bentib  
Le : 3/18/2021



## 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
3 AOUT 2021	S		250DH	INP : DR. BOUTIBA M'hamed Rasoul Al Akram - Tel: 023 32 40 50

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
03/08/21	03.08.21	30,30
03/08/21	03/08/21	159,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

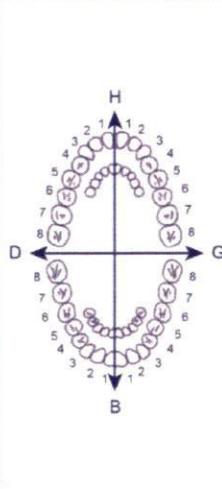
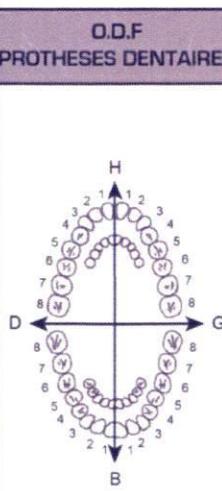
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>TOTAL Opticienne Optométriste Central Park Agla Bd. Abdelmoumen Tunis Imm. 1 Mag. N°2 - Mohammadi</i>	06/09/21					6900,00

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				

**Docteur M.QERMANE**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophthalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

**ANGIOGRAPHIE LASER**

**Sur Rendez-vous**



**الدكتور قرمان مصطفى**

**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بليل

حاصل على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الشخص و العلاج بأشعة الليزر

**الموعود**

03/08/2021

Mohammedia , Le : ..... المحمدية في :

**ABOUSSAD NOUFISSA**

**Icomb®**

Lot: YL 015 1

Fab: 10 20

Exp: 10 22

PPV: 30 DH 30



30,30

**ICOMB COLLYRE**

1 GOUTTE 3 F.J 16 J

75,50x2

OUCYAL COLLYRE 1 GOUTTE 3 F.J 8 MOIS

OD

159,00

S.V

24

PHARMACIE PALMER  
Rue Palmer, Angle Et Zerktouni  
Dr. Abdellahourmeid, Immeuble H-4  
Mohammedia-Tel: 0523325655

PHARMACIE DE  
MOHAMMEDIA  
TEL: 0523324780

Dr. M. QERMANE  
Ophthalmologiste  
Rue Doukkala N°7- Kasba  
Mohammedia - Tel: 0523322089

**ISOPHARM**  
OUCYAL GOUTTE  
0.15%  
79.50 DH

COMPOSITIONE  
Iniezione

**ISOPHARM**  
OUCYAL GOUTTE  
0.15%  
79.50 DH

زنقة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 : الفاكس: 05 23 32 20 89  
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél.: 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

**Docteur M.QERMANE**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Diplomé De C.E.S. D'Ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophthalmologiste Au Centre National

D'Ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hôpitaux De France

**ANGIOGRAPHIE LASER**

**Sur Rendez-vous**

03/08/2021

Mohammedia , Le : ..... المحمدية في :

### **ABOUSSAD NOUFISSA**

**Monture + Verres PROGRESSIFS**

**O D :** +3.50 (-0.75, 80°)

**O G :** +3.25 (-0.75, 90°)

**De près**

**O D :** ADD +3

**O G :** ADD +3

**TOTAL OPTIQUE**  
 Opticien Optométriste  
 Central Parc Anglet Bd. Abdelmoumen st.  
 Rue Tripoli Imm. 1 Mag. N°2 - Mohammedia

زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس: 05 23 32 20 89  
 Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

# AFFLELOU MOHAMMEDIA

Client: Mme ABOUSSAD NOUFISA

N° Facture: FAN24612109060655

Date: 06/09/2021

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	1400.00
VERRE OD Organique PROG AR: 3.50(-0.75 à 80.00) / ADD: 3.00	1	2750.00
VERRE OG Organique PROG AR: 3.25(-0.75 à 90.00) / ADD: 3.00	1	2750.00
HT		5750.00
TVA 20.00%		1150.00
TTC		6900.00

**TOTAL OPTIQUE**  
Opticienne Optométriste  
Central Parc Angle Bd. Abdelmoumen et  
Rue Tripoli Imm. I Mag. N°2 - Mohammedia

La présente facture est arrêtée à la somme: SIX MILLE NEUF CENT DHS

CENTRAL PARC, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Tripoli IMM.I Mag N°2-MOHAMMEDIA

Tél:05.23.31.39.72/ N°PATENTE:39500004 / N°IF:24838044 / N°RC:RCN 12303

ICE:001968766000094/ INPE: 095012779 / Email: affleloumohammedia@gmail.com