

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Entitaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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.



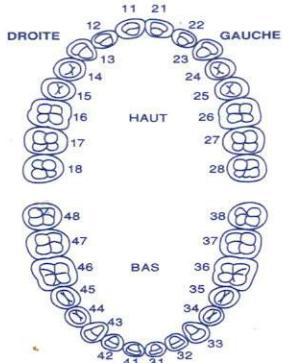
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Début d'exécution

## Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

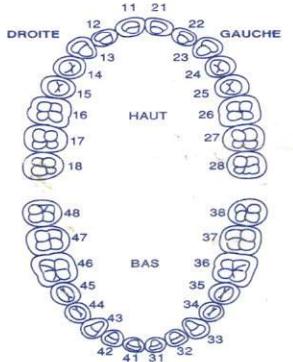
## Montant des soins

## Date du devis

## Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT NOM :

Mme

DECLARATION N° P 17 / 0043812

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

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les documents exigés par la Mutuelle

Cachet  
MUPRAS

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

P 17 / 0043812

DATE DE DEPOT

/201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 6860

Nom & Prénom FADI BOULHAB

Fonction Tech Acad BL Phones 0666 823335

Mail

Signature de  
l'adhérent

## MEDECIN

Prénom du patient

FADI AMAS

Date 06/09/2021

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

Date 1ère visite

Amétropie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2		300,00

## PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et  
cachet du  
Pharmacien

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

## Nombre

Montant détaillé des  
Honora

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honora
1300,00				1300,00

KARIM MEDICAL  
Opticien - Dentiste - Radiologue  
Tél: 0522 327777  
Fax: 0522 327777  
OPTIDIAG

**Dr. Soumaya Chebihi Hassani**

OPHTHALMOLOGISTE

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**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....  
**06/09/2021**

**Enf. FADI Anas**

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets**

OD = - 1.25 (- 1.25 à 15°)

OG = - 0.50 (- 2.50 à 160°)

**OPTIDINE**  
**KARIM EDDINE ADIL**  
Opticien - Optométriste  
5, Lot. Issar Bd. H. S. II  
Berrechid - Tél. 05 22 32 01 - fax. 05 22 77 77

1/ FLUCON: COLLYRE

1 Goutte 4 fois / jour (15jours), les deux yeux

2/ OPATANOL:COLLYRE

1goutte 2fois/jr , les deux yeux

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid  
Tél : 05 22 32 48 47

# OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 08/09/2021

Client	MR FADI ANAS
--------	--------------

**FACTURE N°1174/2021**

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	500,00	500,00
2	VERRES INCASSABLES BLANCS +ANTI REFLET	400,00	800,00
			<b>1 300,00</b>

INPF 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **MILLE TROIS CENT DIRHAMS**

