

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-654154

92434

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6881 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : T. ZAGHTI Omar

Date de naissance : 07-02-1967

Adresse :

Tél. : 0661 664981 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBBI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0523 32 48 47

Date de consultation : 09/10/2021

Nom et prénom du malade : T. ZAGHTI Sara Age : 13 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 : Marrakech Le : 17/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
09/10/2021	C2	sn	250,00	INP : 061010214

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSAN
OPHTH. Oculiste
Rue Oukouba Nafi Benrechid
Tél : 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

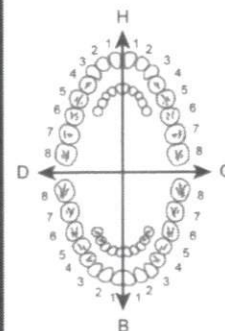
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

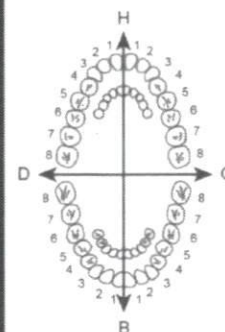
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/10/21					11,50

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

09/10/2021

Enf. TIZAGHTI Sara

Monture pour enfant + verres correcteurs

OD = - 1.50 (- 0.25 à 120°)

OG = - 1.50 (- 0.25 à 60°)

~~Optique Ouhoud~~
~~Youssef HARA~~
~~Opticien Optométriste~~
~~4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud~~
~~Berrechid - Tél : 05 22 32 87 19~~

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
~~OPHTHALMOLOGISTE~~
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

FACTURE

Date : 26/10/2021

CLIENT: SARA TIZAGHTI

Numéro: 85418408

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE MIW MIW	1	850.00
VD	UNIFOCAL ORG 1.6 UV+420CUT BLUE HMC	1	300.00
VG	UNIFOCAL ORG 1.6 UV+420CUT BLUE HMC	1	300.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
<u>Dr. CHEBIHI HASSANI SOUMAYA</u>			
LOIN : OD: -1.50(-0.25,120°) OG: -1.50(-0.25,60°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD: OG:			
Total TTC:			1 450.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			290.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS .TTC.

Optique Ouho
Youssef HAF
Opticien Oyonier
4, Rue d'Alger Mosquée la
Berrechid - Tél : 05 22 31