

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Instructions 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.

Pathologie 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0011273

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2820

Société : R A M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GHALEM MEFTAHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661311433

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
325, Av. Hassan II, 1^{er} Etage
AGADIR - Tél: 0528884400 GSM: 0661385768
Email: ophta.bassieres@gmail.com
T.F. 75701120 - T.P. 48123249
INPE: 041017821 - ICE: 001603059000068

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GHALEM MEFTAHA

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Les yeux

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 :

Le : / /

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
19 JAN 2022	Ce		26,5	Dr. AGADIR - Tél: 052882490 GSM: 0675701120 / T.P. 48123249 Email: ophtham@xb@gmail.com INPE: 041017823 - ICE: 00160305900068

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

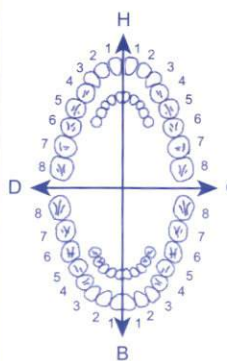
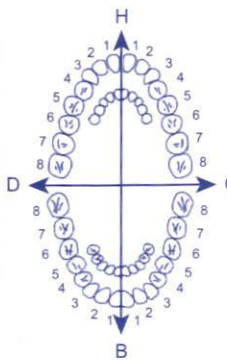
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
DAKHLAVISION OPTICIEN OPTOMETRISTE Dr. Hassan I N° 34 Cité Dakla Tél: 05 28 22 56 55	28/01/2022					4200,00
						INP : 045005139

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
Laser - Angiographie

325. Avenue HASSAN II
Imm KABBAGE 1^{er} Etage

TEL : 05-28-84-24-90
FAX : 05-28-82-69-22
Patente n° : 48123249

الدكتور با سير كزافيي
طبيب العيون
الليزر - تصوير العيون

325. شارع الحسن الثاني
عمارة القباج (الطابق الأول)

الهاتف 05-28-84-24-90
الهاتف 05-28-82-69-22
22 برنقا 48123249

Madame. GHALEM Meftaha

Agadir Le: 19/01/2022

Dans les deux yeux :

1/ XAILIN night : 1 fois par jour le soir

Traitement : Toujours

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
325. Av. Hassan II, Imm. Kabbage 1^{er} Etage
AGADIR Tél: 0528842490 GSM: 0661385768
E-mail: ophtamailxb@gmail.com
I.F. 75701120 - T.P. 48123249
N°P: 041017823 - ICE: 001603059000068

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
Laser - Angiographie
OCT

325. Avenue HASSAN II
Imm KABBAGE 1^{er} Etage

TEL : 05-28-84-24-90

GSM: 06-61-38-57-68

IF : 75701120

Patente n° : 48123249

E-mail : ophtamailxb@gmail.com

INPE : 041017823

ICE : 001603059000068

الدكتور با سير كزافيي

طبيب العيون

الليزر - تصوير العيون

325. شارع الحسن الثاني

عمارة القبايع (الطابق الأول)

الماتيف : 05-28-84-24-90

06-61-38-57-68 :

48123249 بجنبا

Mme. GHALEM Mefaha

AGADIR le: 19/01/2022

Verres + monture

Loin :

ŒIL droit : + 3,50

ŒIL gauche : + 3,75

Prés :

ŒIL droit : + 6,25

ŒIL gauche : + 6,50

DAKHLAVISION
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Do. Hassan II n° 94 Cité Dakhla
Tél : 05 28 22 56 56

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
325. Av. Hassan II, Imm. Kabbage 1^{er} Etage
AGADIR - Tél: 0528842490 GSM: 0661385768
Email: ophtamailxb@gmail.com
I.F. 75701120 - T.P. 48123249
INPE: 041017823 - ICE: 001603059000068

Docteur **BASSIERES Xavier**
OPHTALMOLOGISTE
Laser - Angiographie
OCT



الدكتور **باسيير كزافيي**
طبيب العيون
الليزر - تصوير العيون

325. Avenue HASSAN II
Imm KABBAGE 1^{er} Etage

TEL : 05-28-84-24-90

GSM: 06-61-38-57-68

IF : 75701120

Patente n° : 48123249

E-mail : ophtamailxb@gmail.com

INPE : 041017823

ICE : 001603059000068

325، شارع الحسن الثاني
عمارة القباچ (الطابق الأول)

الهاتف : 05 28 84 24 90

06-61-38-57-68

البتاننا : 48123249

NOTE D'HONORAIRE N° 91 222

Agadir le,

19 JAN. 2022

Nomet prénom : GHALEM DEFTAHIA

Honoraires : 2600

Code de l'acte : C2

Arrêté la présente note à la somme de

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE

325. Av. Hassan II, Imm. Kabbage 1^{er} Etage

Tél: 0528842490 GSM: 0661385768

Email: ophtamailxb@gmail.com

I.F. 75701120 - T.P. 48123249

INPE: 041017823 ICE: 001603059000068

Cinquante

dirhams

FACTURE

GHALEM MEFTAHA

Date: 28/01/2022
FACT N°: DV259/2022

Type	Désignation	Prix	Quantité	Total
MONTURE	optique	1 200,00	1,00	1 200,00
VERRE	PROGRESSIFSphérique 1.67 65 Organique Blanc Anti-reflet sph:+3.50 Add :+2.75	1 500,00	1,00	1 500,00
VERRE	PROGRESSIFSphérique 1.67 65 Organique Blanc Anti-reflet sph:+3.75 Add :+2.75	1 500,00	1,00	1 500,00
TOTAL				4 200,00
TVA 20%				700,00

Arrêt de la présente facture à la somme:
QUATRE MILLE DEUX CENT DHS

DAKHLAVISION
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Dr. Hassan I N° 94 Cité Dakhla
Tél: 05 28 22 56 55