

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-556949

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07764 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADDOU 12 HAM

Date de naissance : 31-03-1964

Adresse :

Tél. : 0699870700 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR MEGHERBI CHAFIK
OPHTALMOLOGUE
Rd. Mohamed 5 - OUJDA
Tél: 0530 69 10 06 - 0624 21 81 55

Date de consultation : 09-03-2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lié de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Anesthésie

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 : Oujda Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/03/2022	C		25000	INP : 0811162640 Dr MEGHERBI CHAFIK OPHTALMOLOGUE C. R.L. Mohamed 5 - OUJDA Tel: 0536 62 16 06 - 0624 21 81 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

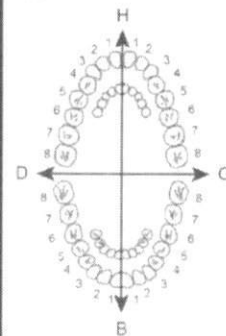
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

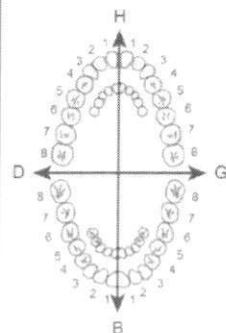
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VERO OPTIQUE Opticien Optométriste - Lentille de Contacte Reçu Centre N° 43 Côté de Café El Badi Gsm : 06 15 31 82 70	12/03/2022					15000

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



VERO OPTIQUE

Opticien Optométriste

Lentille de contact

FACTURE

Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui - Ouajda

Gsm : 06 15 34 82 70 - **F** VERO OPTIQUE

RC : 34803- Patente : 11201709

ICE : 002398089000067

I.F : 42739944 - CNSS : 1844173

0002924

Date:

Monsieur (Mme):

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: OG:		+3.50 +3.50	1 1	55000 55000	10000
VP: { OD: OG:					
ADD:					
VERO OPTIQUE Opticien Optométriste - Lentille de Contact Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui Gsm : 06 15 34 82 70 Rachid MOURACHI			<input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER		
			<input checked="" type="checkbox"/> UNIFOCAL		
			<input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE		
			<input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input checked="" type="checkbox"/> ANTI BLEU		
			<input type="checkbox"/> 1,5 <input checked="" type="checkbox"/> 1,6 <input type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74		
			<input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
			MONTURE OPTIQUE		
			<input checked="" type="checkbox"/> METAL		
			<input type="checkbox"/> PLASTIQUE		
TOTAL			1	55000	10000

Arrêtée la présente facture à la somme de:

155000

Dr Chafik MEGHERBI

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Angiographie rétinienne numérisée

OCT: Tomographie à Cohérence Optique

INPE : 081162646



081162646



الدكتور شفيق مغربي

إختصاصي

في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

Oujda le mercredi 9 mars 2022

Madame ILHAM HADDOU

Verres de pres + monture

Oeil droit

Sphère : +3,50

Cylindre :

Axe :

Oeil gauche

Sphère : +3,25

Cylindre :

Axe :

VERO OPTIQUE
Opticien Optométriste - La ville de Contacte
Requ Centre N°4 à côté de Café El Barroui
Gsm : 06 15 34 82 70
N° de téléphone : 05 36 69 16 06

DR MEGHERBI CHAFIK
OPHTALMOLOGUE - OUJDA
C. P. J. Mohamed V - Oujda
Tél: 05 36 69 16 06 - GSM: 06 24 21 81 55