

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° W19-490967

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003469 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAHAD LAHCEN

Date de naissance : 1-01-1954

Adresse : BP 821 LAAYOUNE (72005)

Tél. : 0668307847 Total des frais engagés : 6750DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/2022

Nom et prénom du malade : MOUTAHAD SALOUA Age : 16ans

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

Nature de la maladie : Vice de Refraction

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 : LAAYOUNE Le : 15/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-490967

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
15.06.22	CS		850.00	INP : 025016759

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	
	20/06/22		M+U			6500 DH

VOLET ADHERENT

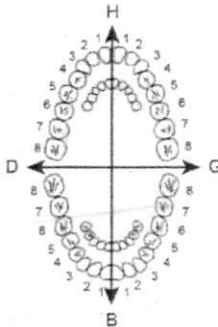
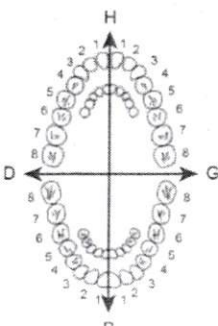
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				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 G 00000000 00000000 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 Amine MAMI

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phaco

Maladies de la rétine

Glaucome

Chirurgie réfractive

Chirurgie des paupières

et des voies lacrymales



دكتور أمين مامي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة (بالليزر)

أمراض الشبكية

داء الزرق (ضغط العين)

تصحيح البصر بالليزر

جراحة الجفون و مسالك الدموع

ORDONNANCE

15 juin 2022

Enf. MOUJAHAD Saloua

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis à fort indice 1.9

OD = -12.50 (- 3.00 à 10°)

OG = - 9.50 (- 3.00 à 150°)

Dr MAMI AMINE
دكتور مامي أمين
Ophtalmologiste
Tél : 0528 99 25 25 / 0671 66 06
Bd Mohammed VI (ESSMARA) Immeuble N°84
2^{ème} étage (en face hôpital Hassan II) - LAAYOUNE

محج محمد السادس (شارع السمارة) عمارة رقم 84 الطابق الثاني (أمام مستشفى الحسن الثاني)، العيون

Bd mohammed VI (ESSMARA) immeuble N°84 2^{ème} étage (en face hôpital hassan II) , LAAYOUNE

Tél : 0528 99 25 25 / 0671 66 06 10 - Email : docteur.mami.ophtalmo@gmail.com



بصريات بدر

OPTIQUE BADR

OPTIQUE MEDICAL & SOLAIRE LENTILES DE CONTACTE

Laâyoune Le. 22/06/22

Mr. MAUGAAN

Safouy

FACTURE

N° 02121

Qté	DESIGNATION	P.Unitaire	P.TOTAL
1	Monture Optique		1500
2	Verres Extramince Organique AR Photochromique 1.94		5000
Arrêté la presente Facture à la somme de :		Montant H.T	
Sia Mipching		T.V.A 20%	
Cent DHC		Total T.T.C	6500

ICE (001921615000046) R.C 24770 Taxe Professionnelle 77329086 L'identifiant Fiscal: 20767936 C.N.S.S 6205662

143 Av. Chahid BOUCHRAYA (Place d'chaira - Laayoune
TEL & fax : 05 28 99 43 10 T.V.A 290307