

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-**722240**



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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	04930	Société :	RAM - <b>122783</b>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RAFA HASSAN</b>			
Date de naissance :	07/13/64	Adresse : <b>Habilihi</b>	
Tél.	0666199817	Total des frais engagés : _____ Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	06/07/22	Nom et prénom du malade : <b>RAFA HASSAN</b> Age: <b>58</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Affection veulaire</b>		
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) :			

DR. RAFA HASSAN - Opticien - Bd. Allal Ben Abdellah N°4, 1er étage - Casablanca - Tél. 05 22 56 05 56

#### **PIELEVE 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
06 juil. 2011	S		200 DH	INP : 091021162 Dr. OUHADI SOUAD Ophtalmologue Naxxar 4, 1er étage - Appart 3 Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Épicerie Espace		

#### **- ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>OPTIQUE WALILI</b> Opticiens Optométristes Rés. HESB RUE 6 N° 10 Al Wataâ Sidi Moumen QUANCA	13/07/2022		1600,00

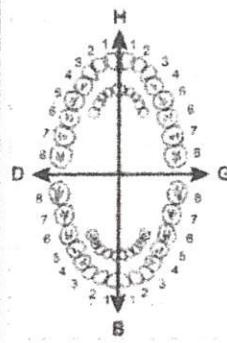
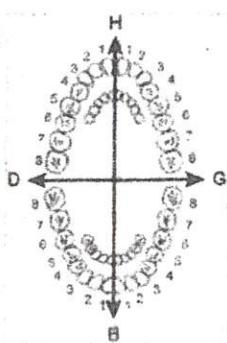
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433562 00000000 00000000 11433563		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

# بصريات وليلي OPTIQUE WALILI



OPTICIENS - OPTOMETRISTES



Date : 13/07/2022

095019436

Facture / Devis N° :

Client : RAPHA XASSINE

Docteur : DUNAOI Sounay

VL	SPH	CYL.	AXE	Add
OD	-1,50			
OG	-0,75	-0,50	180°	
VP	SPHERE	CYL.	AXE	
OD				
OG				

Monture :	Métale	Prix :	600,-
Verres :	OR UV	Prix :	1000,-

PRIX TOTAL:

1600,-

Arreté la présente facture à la somme de :

Mille six cent DH

OPTIQUE WALILI  
Opticiens Optométristes  
Rés, TISSIR RUE 6 N° 10  
Hay Al Walaâ Sidi Moumen  
CASABLANCA

**Docteur OUHADI Souad**  
**Maladies et Chirurgie des yeux**  
**Adulte et Enfant**

Cataracte - Lasik et esthétique des yeux  
Chirurgie des paupières et des voies lacrymales  
Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact  
Permis de Conduire

keratocone



091021162

**الدكتورة أهادى سعاد**  
**أمراض و جراحة العيون**  
**للكبار والصغار**  
**جراحة الجلاة**  
**معالجة قصر البصر بالليزر**  
**جراحة و تجميل الجفنون**  
**جراحة مسالك الدموع**  
**الحول - الضغط - العدسات الاصناف**  
**رخصة السياقة**  
**INPE: 091021162**

06/07/2022

الدار البيضاء في : Casablanca, le :

**Mr Baba Yassine**

Lunettes pour vision de LOIN

OD : -1,50

OG : - 0,75 (180° -0,50)

, Verres blancs anti UV+ Monture

**OPTIQUE WALILI**  
Opticiens Optométristes  
Rés. TISSIR BUE 6 N° 10  
Hay Al Walaa Sidi Moumen  
CASABLANCA

**Dr. OUHADI SOUAD**  
Ophthalmologiste  
3d. Akid Allam, Rés. Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Appt.3  
Bourazil (Près Rés. Poisson) Casablanca  
Tél: 05 22 56 06 56