

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

- 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° W21-720160

124542

Maladie Dentaire Optique Autres

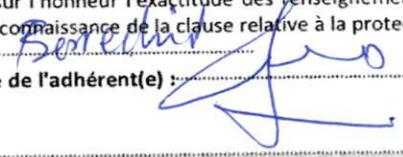
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08652 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA
 Date de naissance : 10/01/1970
 Adresse : 1214 Rue ABU BAKR AL KHAFARI
EL ANASSER, BERRERCHID
 Tél. : 06 70 56 20 56 Total des frais engagés : - 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 29 JUN 2022
 Nom et prénom du malade : Maaroufi Safia Age : 16 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Métropie
 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 : Berrerrchid Le : 21/08/2022
 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
23 JUIN 2022	C2		300,00	INP : 061750784 Dr. Soumaya CHERIHI HASSANI OPTICIEN Rue Okba Kwidani Berrchid Tel: 0522 7 1 1 1 1

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
		A M	P C	I M	I V	
KHALIL YASSINE Opticien Imm 88 Moulay Smail N62 Rue Tunis Berrchid (m) T: 4070/246 ■ 06 15 76 86 91	30/04/22					700,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	25533411	11433553	G		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	25533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Naffi
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

23/06/2022

Mlle MAAROUFI Safia

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets**

OD = - 1.50 (- 0.75 à 60°)

OG = - 1.50 (- 1.00 à 80°)

KHALIL YASSINE

Opticien

Imm 88 Moulay Smail N62

Rue Tunis Berrchid (m)

TP : 40704246 ☎ 06 15 76 86 91

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Naffi Berrechid
Tél : 0522 32 48 47



YASSINE KHALIL

Opticien / Optométriste

Contactologue

Facture N°: 144
ICE: 002904407000079

Monsieur: MAAROUFI Saïf Le: 30/07/22

Dr: Soumaya chebihi Ha

KHALIL YASSINE
Opticien
Rue Tunis Berrechid (m)
TP: 40704246 ☎ 06 15 76 86 91

Designation		QTE	PRIX
Monture: <u>Acetate</u>		<u>1</u>	<u>600dh</u>
Verre: <u>organique antiréflex vert</u>		<u>2</u>	<u>400dh</u>
V.L	O.D: <u>-1,50 (+1,75 - 60)</u>		
	O.G: <u>-1,50 (+1,00 - 80)</u>		
Add			
TOTAL		<u>3</u>	<u>1000dh</u>

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE: Mille dirhams

IF: 50516494 / PATENTE: 40704246 / RC: 24576
☎ IMM 88 AV MOULAY SMAIL
N° 62 RUE TUNISIE BERRECHID (M)
☎ 06 15 76 86 91

KHALIL YASSINE
Opticien
Imm 88 Moulay Smail N62
Rue Tunis Berrechid (m)
TP: 40704246 ☎ 06 15 76 86 91