

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° W21-775537

144708

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12284 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOVICH MUSTAPHA
Date de naissance : 16/11/1966
Adresse : AV MANARA RUE LOUARD N°101
20100 FES
Tél : 0664219750 Total des frais engagés : 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR CHAKIB TOUZANI
Spécialiste des maladies et de chirurgie dentaire
Rue Med El Hayani Bd. Med V
FES - ☎ 05 35 94 00 83
Date de consultation : 03/12/2022
Nom et prénom du malade : CHOVICH MOUSSINE
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : MYOPIE
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 : FES Le : 03/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
03/12/2022	C2		200.00	INP: 141062349 DR CHAKIR TOUNZANI Spécialiste des maladies de l'œil Chirurgie des yeux Bd. Med V 840083

03/12/2022	C2	200m	INP: 141062349 DR CHAKIR TOUNZANI Spécialiste des maladies de l'œil et de l'ophtalmologie 8d. Med v 01 00 83
------------	----	------	--

DR CHAKIR TOUNZANI
Spécialiste des maladies de l'œil et de la chirurgie des yeux
7, Rue Méd. Tounzani Bd. Méd. V
05 35 94 00 83

[illegible]

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

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p> </p>	21/12/22					# 9000

OPTIQUE Optometriste 884380000083 145001558 35 62 63 02 INPE : 145001558	24/12/22	# 2000
--	----------	--------

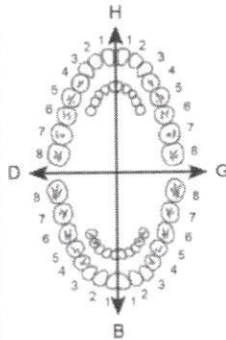
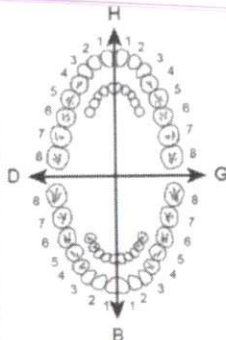
CENTRE OPTIQUE
 Opticien Optométriste
 IC 0018843800000083
 NPE 145001558
 05 35 62 63 02
 INPE
 INPE : 145001558

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chakib TOUZANI

**Spécialiste des Maladies
et de Chirurgie des Yeux**

Ex-Chef de Service
d'Ophthalmologie à l'Hôpital
Omar Drissi - Fès

Membre de la société
Française d'Ophthalmologie



الدكتور شبيب التزاني

**إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون**

رئيس مصلحة طب العيون سابقا
بمستشفى عمر الإدريسي - فاس

عضو الجمعية الفرنسية
لطب العيون

Fès, le 03/11/2022

SITOVICH MOUHSSINE

*Lunettes pour vision de
loin autre plet + monture*

OD - 2,50

OG - 2,50

CENTRE OPTIQUE
Opticienne Optométriste
ICE 0018 1438000083
INPE 145001558
05 31 62 63 62

DR CHAKIB TOUZANI
Spécialiste des maladies et de chirurgie des yeux
7. Rue Med El Hayani Bd. Med V
Fès - ☎ 05 35 94 00 83

7، زنقة محمد الحياي، شارع محمد الخامس الطابق الثاني (قرب صيدلية بهجة) - فاس
7, Rue Mohammed El Hayani, Bd Med V 2ème étage (à côté de la pharmacie Bahja) VN - Fès
الهاتف : 05 35 94 00 83 / Tél : 05 35 94 00 83 / المحمول : 06 64 94 27 19 / GSM :

Centre optique

Fikri Naima

Opticienne- Optométriste
Bd. Abou Oubayda El Jarrah Résidence
Al Houria N° 2 (Frès de Consulta de France)
Fès - Tél. : 05.35.62.63.02

Le 21/12/22
Nom Chouchou Hssime

27/12/22

FACTURE

ICE 001884380000083
INPE 145001558

ICE : C

Loin	OD=	-2.50
	OD=	-2.50
Près	OD=	0
	OD=	0
FOURNITURES		Montant :
Monture : Linc Monture		# 300 DH
Verre : 2V.ryonique bleu H.V		# 600 DH
TOTAL :		# 900 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf cent
Deux-vingt

CENTRE OPTIQUE
Opticienne Optométriste
ICE 001884380000083
INPE 145001558
05 35 62 63 02

T.V.A 20% comprise