

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



MUPRAS

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

N° W19-453686

conseil

149906

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12084

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ROUHT AZIZ

Date de naissance : 06/12/1975

Adresse : 24222 2nd MAIL CENTRAL

SALA AL JAMRA

Tél : 0602099737

Total des frais engagés : 1800 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amina BOU
Ophtalmologiste
Résidence Marwa 4, Av. Boureg
Sala Al Jeddah - Tél: 05 37 53 58 09

Date de consultation : 28.01.2023

Nom et prénom du malade :

ROUHT Abdelhakim

Age: 16

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 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) :

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
26/10/2023	C		300,14	INP : 105008890

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

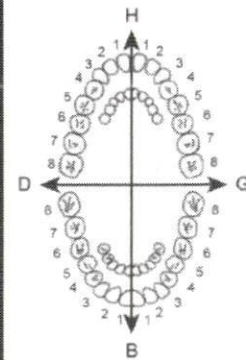
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31/10/2023					1500,00

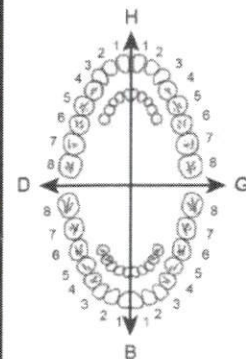
INPE: 105008890

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	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

Dr Amina BOURASSI

Ophtalmologiste

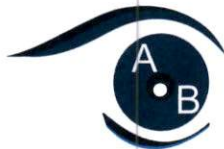
Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Rabat

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie du glaucome

Strabisme

Angio - laser



الدكتورة أمينة بوراسي

أخصائية في طب و جراحة العيون
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

جراحة المياه البيضاء

جراحة المياه الزرقاء

الحول

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

Sala Al Jadida le :

28/01/2023

Mr. ROUHI Abderrahman

1) vers de votre entente future

→ Vision de l'œil

OD : - 1.50

OU : - 1.50

Docteur Amina BOURASSI
Ophtalmologiste
Résidence Marwa 4, Av. Bouregreg
Sala Al Jadida - Tél: 05 37 53 58 09

Al-Singer Vision
Abderrahman ROUHI
Ophtalmologiste
Secteur 2, Av. Amal, Im. 22, 14/15, 16
10000 Sala - Tél: 05 37 53 58 09



M'suger Vision

Facture

Salé, le...

N°...

Dr :	M. ROUHI	
VL OD : Sph <u>-1.50</u> Cyl OG : Sph <u>-1.50</u> Cyl	VP OD : Sph Cyl OG : Sph Cyl	
Quantité	Désignation	Prix
monture + verres	Monture : plastique Verres : ergonomique Antireflets	700DH 800DH
Montant en lettres : Cinq cent mille	Total	1500DH
Payé : Espèce	Cachet Signature Abderrahim Iamsouguir Opticien-Optométriste Secteur 2-AV-Annahay Achach K.O.M S.M.C. TEL: 05 37 83 44 83	

M'suger Vision

Opticien

Optométriste

Spécialité Lentille de Contacte

11 Bis Rue Ferdaous Hay Erachad Sec 2 Karia - Salé - Tél : 05 37 83 44 83

Patente : 28881263 RC : 39904 ICE : 001899100000052 IF : 40454707

INPE: 105008890