

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 et 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

M23-005470

☐ Maladie

☐ Dentaire


☒ Optique

☐ Autres


Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société : ^{Compt} 153979
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mohammed RGUIEGU
 Date de naissance : 15.12.1950
 Adresse : 144 EL ANDALOUS Rue M^{re} EL BOUHLALI N° 82 OUIDA
 Tél. : 0536501309 Total des frais engagés : 900 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 21 / 02 / 2023
 Nom et prénom du malade : RGUIEGU Mohammed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Astigmatisme
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : OUIDA Le : 21 / 02 / 2023
 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
21/04/83	S		300 dh	

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/04/83					600 dh

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															
				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																	
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

MOON VISION

Abdellaoui Maan Mounia

OPTICIENNE OPTOMETRISTE

CONTACTOLOGUE

Bd. Hassan II, Rue Al Basma N° 37

Sidi Yahya (en face Café HELSINKI) OUJDA

☎ : 05 36 50 38 28 - 📠 : 06 71 05 62 56

E-mail : moonvisionoujda@gmail.com

Le, 27/02/23

M. : R.G.U.I.E.G.U

Mo.Ham.med

FACTURE

N° 00000036

Ordonnance du Docteur :

N° de nomenclature correspondant	Loins { OD = +2,25 (-125°-85°) OG = +2,75 (-975°-105°)
D.F { OD = OG =	Près { OD = OG =

FOURNITURES :

Monture <u>Metal</u>	<u>200 dh</u>
Verres <u>Bleu cut</u>	<u>400 dh</u>
<u>I.N.D.O</u>	
TOTAL	<u>600 dh</u>

Arrêté la présente facture à la somme de :

Six cents dinars

MOON VISION
Opticienne - Contactologue
Tél.: 05 36 50 38 28 - GSM : 06 71 05 62 56
Bd Hassan II, rue Al Basma N° 37, Sidi Yahya
en face du Café Al Manar - OUJDA

Dr Abdelghani BENKHALTI

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie Oculaire et Orbito

Palpétrale, Angiographie - Laser - OCT

Topographie cornéenne

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie

à l'Hôpital Al Farabi - Oujda

Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد الغني بنخالتي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة العين والجفن

جراحة المسالك الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - لازير

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى

الفارابي سابقا بوجدة

خبير محلف لدى المحاكم

وجدة، في 21 février 2023

Mr RGUEGU Mohammed

Monture + verres correcteurs

Antireflets

OD = + 2.25 (- 1.25 à 85°)

OG = + 2.75 (- 0.75 à 105°)

MOON VISION
Opticienne - Opticienne - Contactologue
Tél.: 05 36 50 38 28 GSM: 05 71 05 62 56
Bo Hassan II, rue Al Bayana N° 37 - Sidi Yahya
(à côté du Café Al Manar) - OUJDA

Dr Abdelghani BENKHALTI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Mohamed Derfoufi, Imm.
Belhoussine, 1^{er} étage - OUJDA
Tél.: 05 36 68 67 67