

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

M22- 0053320

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2383 Société : RAM 177768
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MJAHED MOHAMMED
 Date de naissance : 26/09/1951
 Adresse : ville 107E Residence ASSANDURAR
 Mansouria (Benchrine)
 Tél. : 0648119934 Total des frais engagés : 4289 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste
Rés. Zinouna 1 Rue Mansour Addanbi
Appt 2, Etage 1 - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 44 20
 Date de consultation : 14/09/2023
 Nom et prénom du malade : MJAHED Mohammed Age: 72ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : OMA Le : 09/10/23
 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
14/09/2023	CS		20000	Dr. ROUH Mohammed Ophtalmologiste Rég. Zéroine 1 Rue Mansour Addahbi Appt 2 Etage 1 - Mohammedia Tél : 01 23 30 44 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE SOUZA SEBTI Driss Bd. Bir Assarane Rue Oued Edschab Tél. 01 GSM 8861 15 34 51	14/9/23	89 00.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

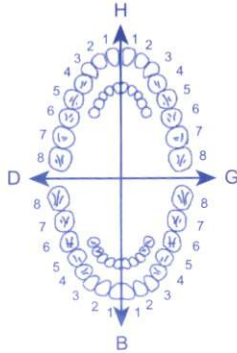
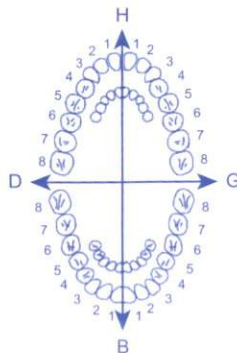
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/09/23		2 verres	1 Monture		4000,000

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																		
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D		G																		
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	B																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
	(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

- * Ancien Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
- * Ancien Medecin Chef du Service d'Ophtalmologie à l'Hopital Moulay Abdellah.

* طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
* رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي
عبد الله سابقا.

Mohammadia Le : 16/09/2023 المحمدية في

7 JAN 50 Notarized

1. PURE cell

89.00.

$$\frac{1}{2} \mu \alpha \frac{1}{3} \cdot \alpha \frac{1}{2} \sqrt{\frac{1}{2}}$$

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste

Zinoune 1 Rue Mansour Addahbi
Etage 1 - Mohammadia
05 23 30 44 20

LOT



0530123
2025 01
89.00

PHARMACEUTICALS
SEBTE DISS
Bd. Br. A. 10. Rue Qued. Edouard
GSM 0661 15 34 97

إقامة زينون 1 زنقة منصور الذهبي الطابق الأول الشقة 2 - المحمدية
Rés. Zinoune 1 Rue Mansour Addahbi Appt. 2 Etage 1 - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 44 20

* Ancien Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
* Ancien Medecin Chef du Service d'Ophtalmologie
à l'Hopital Moulay Abdellah.

* طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
* رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي
عبد الله سابقا.

Mohammadia Le : 1410912023 المحمدية في

17 JAHED Rohmanee

$$1, L \rightarrow \text{its } \sqrt{L}$$
$$5m + 3(-108k)$$
$$OG = +3,75 (-0,75 \angle 90^\circ)$$

$q, L \xrightarrow{\quad} 15 \text{ VP}$


$$006 = Adh + 381$$

Revenue
+ Value
+ grossup
+ at 4%

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste
Zineune 1 Rue Mansour Aouab
Etage 1 - Mohammed
05 23 30 44 20

إقامة زينون 1 زنقة منصور الذهبي الطابق الأول الشقة 2 - المحمدية
Rés. Zinoune 1 Rue Mansour Addahbi Appt. 2 Etage 1 - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 44 20

Facture

	Facture N° :	STE UNIVERS OEIL RUE EL MANSOUR DAHBI IMM ZINOUN MAG N°3 Tel: 0523308644
	689	
	Date :	
	21 / 09 / 2023	
	Client :	
	MJAHED	
	MOHAMMED	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
D				
VLVPD	+3.00	-1.00	84	+3.25
VLVPG	+3.75	-0.75	90	+3.25

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	Monture 1	1	1000.00	1000.00
2	PROG ORG 1.5	1	1500.00	1500.00
3	PROG ORG 1.5	1	1500.00	1500.00

TVA	20%	Total TVA	666.67
Total HT	3333.33	Net à payer	4000.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

quatre mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

STE UNIVERS OEIL – RUE EL MANSOUR DAHBI IMM ZINOUN MAG N°3 – 0523308644 –
IF: 24815124 - ICE: 001961779000078 - RC:20197 - TP:39575601

STE UNIVERS OEIL
Opticien Optométriste
Rue El Mansour Dahbi Imm Zinoun
N°3 Mag N°3 - Mohammadia
Tel: 0523308644