

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

- 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 données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 22 22 22



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

Déclaration de Maladie

N° M20-0004846

MUPRAS
RECEPTION 9

136980
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1770

Société : Retraite RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BOUKERIN Mohamed

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : LOT EL WAFAH 256 DEROUA

Tél. : 06 63782590 Total des frais engagés 3100,00 + 250,00 HONORAIRES

Cadre réservé au Médecin : Dr. Soumaya CHEBBI HASSANI

OPHTALMOLOGISTE

Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid

Tél : 0522 32 48 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 FEV. 2024

Nom et prénom du malade : Khadyja K. ROUAY

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 : Berrechid

Le : 01/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
RECEPTION 9

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
1 FEV. 2024	C		250,00	Dr. Soumaya CHEBBI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafi Berrechid Tél : 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/02/24	104,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

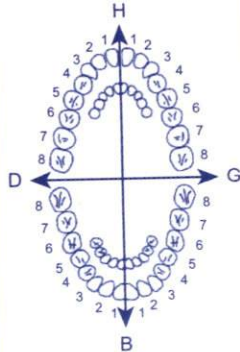
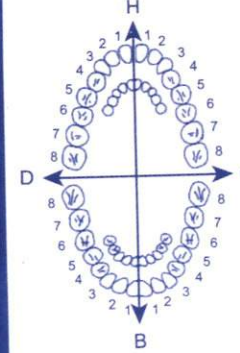
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03/02/24					31,00

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 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"/>														

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

01/02/2024

Mme KROUN Khadija

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques
Antireflets, Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = Plan (- 0.25 à 145°)

OG = Plan (- 0.25 à 55°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

1/ PHYLARM unidoses

lavage oculaire plusieurs fois par jour, dans les deux yeux

Dr. Soumaya Chebihi Hassani
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Naffi Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

BOURIZ OPTIQUE
BOURIZ ALI
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Bloc 10 N°140 - Oued Bouasser

MEDIC

PPC

104.00 DHS

e 10 ml

16 unidos

**À chaque fois
que l'œil est irrité**

BOURIZ OPTIQUE

Bo Q N° 10 Deroua Berrechid
Patente : 55804310 / RC 11938
ICE : 001302120000022

Le 08/08/24
INPE : 065028664
Bouriz Ali

Facture N° 00561

Nom Kroun Khadija

Vision de loin ☒

Vision de Prés ☒

Varilux ☐

OD 4.5 - 2.1	ADD OD + 2.75
OG 5.5 - 2.1	OG + 2.75

Monture plastique	2	Monture
Verres VL OK Garantie		1.50 verre
Abusif 4.5		
BOURIZ OPTIQUE		
BOURIZ OPTOMETRISTE		
OPTICIEN OPTOMETRISTE		
Bloc (k) N°10 - deroua nouasser		
TOTAL :		3100,000 1/2

La présente facture arrêtée à la somme de :

trois mille Cent dix