

## 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

- Reclamation : 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

N° W19-461635

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14115 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUJIDOU I EAT MA

Date de naissance : 31 12 75

Adresse : RAM AGADIR

Tél. : 063612487 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RAMIM RACHA YAHDIHA Age : 19

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation spécialisée

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 : AGADIR Le : 05 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

08 OCT. 2019

ACCUEIL

# 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
04/05/19	C2		300,00	INP : 0472075875

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

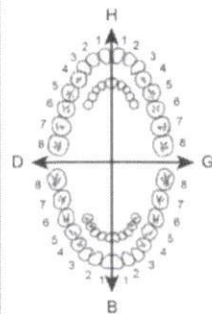
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

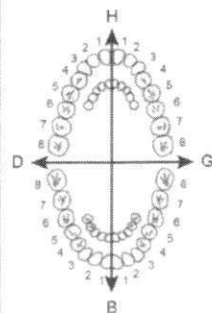
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE CHABE Opticien - Optométriste Bloc F2 N° 60 Cité Delania AGADIR	31/10/2019					900,00

# 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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



**Professeur ZADNASS Abdallah**

**Ophtalmologiste**

Ex. Enseignant au Chu Ibn Rochd - Casablanca  
Ancien Resident de Chu de Nantes - France  
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification  
Chirurgie de la Myopie - Chirurgie du Glaucome  
Pathologie Retinienne  
Angiographie - Laser Retinien

**الدكتور زادناس عبدالله**

**طب العيون**

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء  
جراحة وأمراض العيون  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت - فرنسا  
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية  
أمراض الشبكية - تصوير الأوعية - العلاج بالليزر  
جراحة وتصحيح النظر بالليزر

**Agadir, le mercredi 4 septembre 2019**

**Enfant RAMIM Rhita Yahdiha**

**LUNETTE POUR VISION DE LOIN**

**Organiques INCASSABLES**

**Oeil Droit : -1,75**

**Oeil Gauche : (0° -0,50) -0,50**

**ANTI-REFLET + BLEU CUT**

**Professeur ZADNASS Abdallah**  
**Ophtalmologiste**  
Imm. Marhaba - Bd. Chaikh Saâdi  
Talborjt - AGADIR  
Tél: 0528822221 - Fax: 0528844378

# OPTIQUE CHAAB

CODE INPE

ICE : 001485820000023  
IF : 76146559  
R.C : 22207  
PATENTE : 48153731



## FACTURTE N° 668/2019

Date : 3/10/2019  
Patient : RAMINA RHITA YAHDIHA  
Médecin : ZADNASS ABDALLAH  
Paiement : Espèce

Type verre	Correction	Cota tion	Quant ité	Prix
Dergangue Lolou cat 161	O.D : - 1,75	—	1	250,00
	O.G : (0° - 0,50) - 0,50	—	1	250,00
Monture			1	400,00
			<b>Total</b>	900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de *neuf cent dh*

ADRESSE : Bloc F 2 N° 60 Cité DAKHLA AGADIR  
05 25 09 15 06

OPTIQUE CHAAB  
Opticien Optométriste  
Bloc F2 N° 60 Cité Dakhla Agadir

