

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-485070

Dos n°
10601

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501

Société :

Actif

Pensiogné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

duled Boumehdi Mira

Date de naissance :

Adresse : Rue Alkasbah N° 54 Hay linbiat salé.

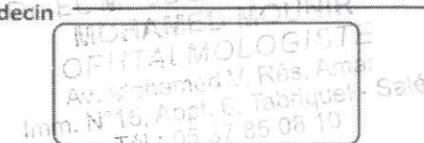
Tél. :

06.44.64.68.68

Total des frais engagés : 700,00 DHS.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ouran Boumehdi Mira

Age: 1951

Nom et prénom du malade :

Lui-même Conjoint

Enfan

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

12 DEC. 2019

ACCUEIL

RELEVE 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
12/11/19	G	1	40	DR EL MAJID MEDICAL Dr. El Majid Medical V. les Amal - Salé OPH. 05/08/10
11/11/19				
19/11/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

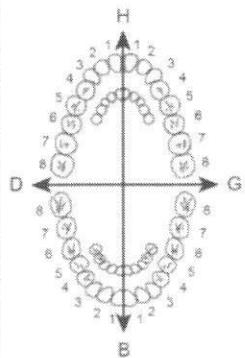
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DR EL MAJID MEDICAL Dr. El Majid Medical V. les Amal - Salé OPH. 05/08/10	12/11/19	Moulins : 200				
		+ 2 Vêtem : 250				
		Plaques cert cin Quant : 150 DH				
		DH				

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

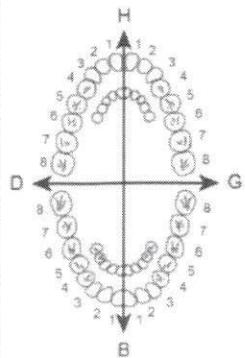
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

عيادة طب العيون

**Docteur EL MAJDOUBI
EL IDRISI MOUNIR**

**Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie**

Diplôme de la faculté de Médecine de France (Montpellier)

Anien Attaché des Hôpitaux de France (Avignon)



**الدكتور المجدوبي
الإدريسي منير**

طبيب اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بفرنسا (مونبليي)

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا (أفينيون)

Salé, le 12.11.19

Dr. El IDRISI MOUNIR

Lunettes

Vision Loin	Axe	Cylindre	Sphère
Oeil droit	180	+1,50	-0,50
Oeil gauche	180	+1,50	-0,50
Vision Prés	Addition ODG : +2,25		
Oeil droit	180	+1,50	+2,25
Oeil gauche	180	+1,50	+2,25

VISUEL EXPRESS
TÉL: 03 2012561

Dr. EL MAJDOUBI EL IDRISI

MOHAMED MOUNIR

OPHTALMOLOGISTE

Av. Mohamed V, 15 - Amar

Immeuble Amar 2^e étage - Salé

إقامة اعمار 15 شارع محمد الخامس. تابريكت. الشقة رقم 6. الطابق الثاني - سلا - الهاتف : 05 37 85 08 10
Résidence Amar 15, Av. Med V - App. N° 6 - 2^{eme} étage Tabriquet Salé - Tél : 05 37 85 08 10



Salé le 12/11/19

Vision Express

Opticien Optométriste

Nom du Client : OULAD BOUABID MIRA

Examiner par le Dr. :

Vision de loin

Vision de Prés

Oeil Droit: Sph..... Cyl..... Axe.....

Oeil Droit: Sph..... Cyl..... Axe.....

10,5 -1,5 / 180°

add +2,25

Oeil Gauche: Sph..... Cyl..... Axe.....

Oeil Gauche: Sph..... Cyl..... Axe.....

10,5 -1,5 / 180°

Quantité	Désignation	Prix
1	Monture: optique	200
2	Verre: optique	250,00
Total:		450,00

Arrêtée la présente facture à la Somme de:

ICE 0018287640000078
RC 16864
TP 29150360
IF 36622700
INPE 105000841

Quante est

Cins Quante Dhs

Caché & Signature

