

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

- 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 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° W19-591215

Courrier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4184 Société : KAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HASSOUNI Khamar
 Date de naissance : 21/5/36
 Adresse : 25 Rue de Lybie Agadir
 Tél. : 06 6117 8010 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Docteur BASSIERES Xavier**
OPHTALMOLOGISTE

325, Av. Hassan II, Imm. Kabbage 1° Etage
 AGADIR - Tél: 0528842490 GSM: 0661385763
 Email: ophtamailxb@gmail.com
 I.F. 75701120 - T.P. 48123249
 INPE: 041017823 - ICE: 001603059000068
 Date de consultation : 12/10/2011
 Nom et prénom du malade : HASSOUNI KHAMAR Age : 1936
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Glaucome à angle ouvert OSG
 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 : 12/10/2011

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-591215

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4184
 Nom de l'adhérent(e) : Hassouni
 Total des frais engagés : 1350
 Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien
12/10/2012	K60		13500	
	+ K60/2			

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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	INP :												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION												
	<table border="1"> <tr><td align="center" colspan="2">H</td></tr> <tr> <td align="center">25533412 00000000</td> <td align="center">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td align="center">D</td><td align="center">G</td></tr> <tr> <td align="center">00000000 35533411</td> <td align="center">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td align="center" colspan="2">B</td></tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
Laser - Angiographie
OCT



الدكتور باسيير كزافيي
طبيب العيون
الليزر - تصوير العيون

325. Avenue HASSAN II
Imm KABBAGE 1^{er} Etage
TEL : 05-28-84-24-90
GSM: 06-61-38-57-68
IF : 75701120
Patente n° : 48123249
E-mail : ophtamailxb@gmail.com
INPE : 041017823
ICE : 001603059000068

325، شارع الحسن الثاني
عمارة القباچ (الطابق الأول)
الهاتف : 05 28 84 24 90
06-61-38-57-68
البناننا : 48123249

NOTE D'HONORAIRE N° 1533-221

Agadir le, 12/10/2021

Nom et prénom : HASSOUNI KHAMAR

Honoraires : 1350,00

Code de l'acte : K60 + K60

Arrêté la présente note à la somme de

mille trois cent
vingt dirhams

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
325. Avenue HASSAN II, Imm KABBAGE 1^{er} Etage
Agadir
TEL : 0528842490 GSM: 0661385768
E-mail: ophtamailxb@gmail.com
I.F. 79701120 - T.P. 48123249
INPE: 041017823 - ICE: 001603059000068

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
Laser - Angiographie
OCT

325. Avenue HASSAN II
Imm KABBAGE 1^{er} Etage

TEL : 05-28-84-24-90

GSM: 06-61-38-57-68

IF : 75701120

Patente n° : 48123249

E-mail : ophitamailxb@gmail.com

INPE : 041017823

ICE : 001603059000068

الدكتور با سبير كزافيي
طبيب العيون
الليزر - تصوير العيون

325. شارع الحسن الثاني
عمارة القباچ (الطابق الأول)

الهاتف : 05-28-84-24-90

06-61-38-57-68 :

بنتنا 48123249

Agadir Le : 12/10/2021

Nom et prénom : HASSANI KHAMAR

COMPTE RENDU

Examen effectué :

- ☐ Gonioscopie (K11)
- ☐ Examen biomicroscopique de la rétine (K11)
- ☐ Examen par Tomographie par cohérence optique (K80)
- ☐ Champs Visuel (K10)
- ☐ Angiographie à la fluorescéine (K32)
- ☐ Laser (K50 + K 50/2)
- ☒ Laser (K60 + K 60/2) (SU)
- ☐ Autre

Motif :

- ☒ Glaucome *œil droit*
- ☐ Diabète
- ☐ Myopie
- ☐ Autre :

Docteur BASSIERES Xavier
OPHTALMOLOGISTE
325, Av. Hassan II, Imm. Kabbage 1^{er} Etage
AGADIR - Tél: 0528842490 GSM: 0661385768
Email: ophitamailxb@gmail.com
I.F. 75701120 - T.P. 48123249
INPE: 041017823 - ICE: 001603059000068