

## 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0001752

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12837

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DG HAY Hicham Date de naissance : 10/02/1987

Adresse :

Tél. : 0666 815849

Total des frais engagés : 3 450,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/08/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vie de refraction

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.

18 SEP. 2019

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 : Accueil Siège/Ram

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
6 AOUT 2019		Coph	250.00 DH	

# 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

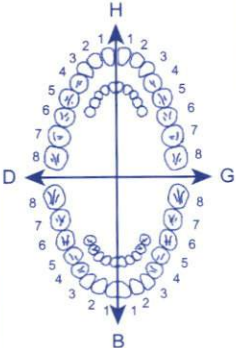
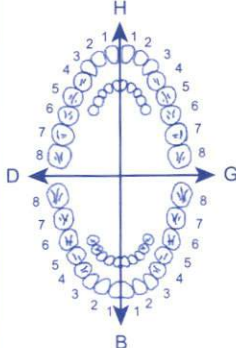
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05/08/2019					3200,-

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**Dr WAFI MIRIAM**

**Ophtalmologue**

Specialité Medico-Chirurgicale

(Université Hassan II - Casablanca)

Diplôme de Chirurgie Refractive

et Phacoémulsification (Toulouse)

Diplôme de Strabologie Oculomotricité (Nantes)

Diplôme de Contactologie / lentilles de Contact (Bordeaux)

Capacité de Medecine Aéropatiale (Paris V)

Diplôme d'OCT/Ophtalmologie (Bordeaux)

Agrément Permis de Conduire



**الدكتورة وافي مريم**

**أخصائية أمراض وجراحة العين**

دكتوراة الطب و التخصص

(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

دبلوم تصحيح النظر بالليزر

وجراحة الجلالة (تولوز)

دبلوم علاج وجراحة الحول (نانت)

دبلوم تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة (بورديو)

دبلوم طب الطيران (باريس V)

فحص الشبكية بالموجات الصوتية OCT (بورديو)

الفحص الطبي / رخصة السياقة

**ORDONNANCE**

Casablanca 16 AOUT 2019

Hicham Dghay

**LUNETTES POUR VISION DE LOIN :**

OD :

( - 1,50 à 180° )

OG :

( - 0,75 à 10° )

Verres organiques

Traitement anti-

2ème Monture solaire avec correction optique

Optical Discount  
Opticien  
Centre Commercial Ain Sabaa  
CASABLANCA  
Tél 05.22.34.34.74

Imm 858, Lot 158, Bd el Qods, 3ème étage (face pâtisserie Grain de blé), Mandarona - Casablanca

عمارة 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام مخبزة كران دويلي)، منظرونا، البيضاء

Tel : 05 22 50 65 65 - Gsm : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com

Cabinet d'ophtalmologie Dr wafi miriam



# OPTICAL GALERIE AIN SEBAA

CASABLANCA LE : 25/08/2019

**FACTURE N° 190600064**

**Mr DGHAY HICHAM**

Quantité	Désignation	Prix unitaire TTC	Prix Total TTC
1	MONTURE OPTIQUE	2200.00	2200.00
2	VERRES ORGANIQUES ANTIREFLETS AMINCIS	500.00	1000.00
		TOTAL TTC	3200.0

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**TROIS MILLES DEUX CENT DIRHAMS TTC.**



*Optical Discount*  
*Opticien*  
Centre Commercial Ain Sebbaa  
CASABLANCA  
Tél : 05.22.34.34.74

Siège Social : Marjane Ain Sebbaa Magasin N°4 - Casablanca MAROC  
R.C : 179937 – Taxe Professionnelle: 37963354 – I.F : 40166604  
C.N.S.S : 8045777 – ICE : 000052009000026

Tel/Fax: 212 522 343 474 - GSM: 0662 523 946 e-mail: opticalainsebbaa@gmail.com