

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-526932

**N° = 24685**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

**11108**

Société :

**ROYAL AIR MAROC**

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

**SAGHARI BOUCHRA**

Date de naissance :

**28/10/61-1976**

Adresse :

**390, Bd de BOUR COQUE, CHABLANCA**

Tél. :

**06 61 20 71 63**

Total des frais engagés :

**510 -**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. HILFI Houda**  
Ophtalmologue  
ICE: 001718791000062  
IF: 40258955  
Tél: 0522237929

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**IKHIAN Youssef**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

**consultation**

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

# 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
09/03/20	25	250		Dr KHLIF HUSSEIN Ophtalmologue INP : 0921166884 ICE : 001718711000062 IF : 40253955 Tél : 77221111

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

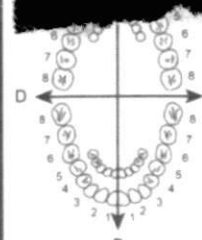
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

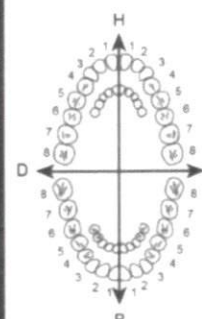
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	09/03/20	verres optiques				2670

### 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
G	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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





# مركز العيون بئر أنزران

## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le : 25/02/2020 الدار البيضاء في

Ikhiaf Yousef  
Verres e contact : 0.0000000000

$$O1 = +0.50. (-0.75 \text{ à } 1)$$

$$OG = +.3. (-1.75 \text{ à } 1.75)$$



Dr KHLIFI Houda  
Ophtalmologue  
ICE: 00171 379 1400062  
IF: 40253555  
Tél: 0522 37929





327, Boulevard Zerktouni, Quartier  
Bourgogne 20053 Casablanca Maroc  
Tél: 00212522200357  
E-Mail: contact@opticalys.ma  
Site Web: www.opticalys.ma



M. IKHIAR YOUSSEF

FACTURE N° : F20/6042

Date : 02/03/2020



Désignation	Qté	Prix unit.	Remise	Valeur	TVA
INDO verre organique 1.5 blanc Org	1	130.00		130.00	20.0
INDO verre organique 1.5 blanc Org	1	130.00		130.00	20.0
<b>Corrections :</b> VL D. Sph: +0.50 Cyl: -0.75 Axe: 1° VL G. Sph: +3.00 Cyl: -1.75 Axe: 175°					
<b>Total</b>	<b>2</b>			<b>260.00</b>	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
216.67	43.33	260.00	260.00	0.00 DH

