

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Iakz 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° W19-507013

25067

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05543

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ROKHAHA YOUSSEF

Date de naissance :

06 Rue Beyroute lot Irakia

Adresse :

25/04/1963 Berrechid

Tél. :

0677857461

Total des frais engagés :

250 + 17740 + 3000,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBIBI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation :

04 JAN 2020

Nom et prénom du malade :

ROKHAHA YOUSSEF

Age :

57 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

A me l'optique

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 :

Berrechid

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le : 09/03/2020



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 JAN 2020	G _a		200,00 DH	INF : 061040754	

Dr. Soumaya CHEBANI BASSA
OPHTHOLMISTE
Rue Okba Ibnou Nafi Berrech
Tél. 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
العراق Pharmacie EL IRAKI Dr. Youssouf EL IRAKI 267, Rue Dakila - BERRECHID Tél: 0520 32 83 45	04/09/2020	177,40

[illegible]

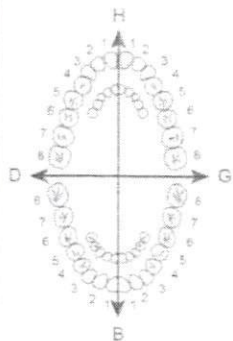
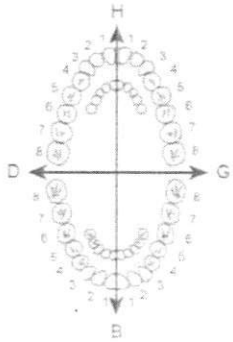
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM		IV
OPTIQUE SETTAT Mr. Mohamed LAMTIOUI OPTICIEN OPTOMETRISTE N 58 - Bd Med V - SETTAT Tél / Fax : 05 23 72 00 13	14/02/2020					3000,00

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2553412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>3553411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		2553412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	3553411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	2553412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	3553411	11433553																
	B																	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1^{er} étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
05 22 32 48 47 :الهاتف

Berrechid, le 04/01/2020



Mr. ROKHSSA Youssef

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = Plan (- 0.75 à 100°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 85°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

1/ LOTEMAX:COLLYRE

1goutte 5fois/jr pdt 5jours

1goutte 4fois/jr pdt 5jours

1goutte 3fois/jr pdt 5jours, œil droit

2/ SICCAFLUID COLLYRE

1 Goutte 3 fois/jr (1flacon), les deux yeux

3/ STERDEX

1 app le soir, œil droit

STERDEX pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH



Tableau A (Liste I)

جدول أ (أدوية أ)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N°: 32 DMP/21/NNP رت المغرب رقم:

PPV = 112,50 DH

صيدلية العراق
Pharmacie EL IRAKI
Dr. Youssef EL IRAKI
267, Rue Dahhan - BERRECHID
Tél.: 0522 32 48 47

OPTIQUE SETTAT
Mr. Mohamed LAMTIOU
OPTICIEN OPTOMETRISTE
N 58, Bd Med V - SETTAT
Tél / Fax: 05 20 72 00 13

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47

T: 177,40

Tel : 0523720013

Date : 11/02/2020

Désignation	Total
Monture optique	1200.00dhs
Verres ophtalmiques progressifs antireflets	1800.00dhs
VL : OD (100°-0.75) plan	
OG (85°-0.25)-0.25	
VP : OD add +2.75	
OG add +2.75	
Total TTC	3000.00dhs

Arrêter la présente facture à la somme de trois mille dhs.

OPTIQUE SETTAT
Mr. Mohamed LAMTIOUI
OPTICIEN OPTOMETRISTE
N 58, Bd Med V - SETTAT
Tél / Fax : 05 23 72 00 13

Optique Settat : 58, Boulevard Med V-Settat.
 Patente N° : 40005379 – RC N° 7938 – IF : 56907950
 ICE : 000501200000070