

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-554643

ND: 35073

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 175 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ICHIBA SPRAY  
Date de naissance : 28/12/1990  
Adresse : EL OUFRA  
Tél. : 06 32 32 33 09 Total des frais engagés : 1350 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/07/2020  
Nom et prénom du malade : ICHIBA SPRAY  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant  
Nature de la maladie : connectivité  
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'att. 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 : Casablanca Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd attestant le Paiement des A
18/02/2020			25000	INP : 09M6516

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

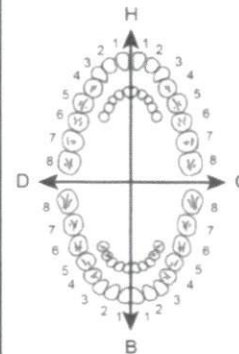
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

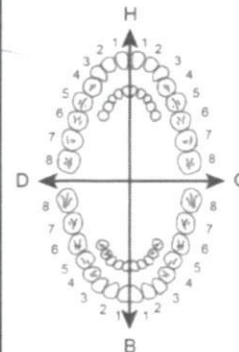
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/02/20					
	22/02/20					

### 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	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
اللايزر....

Casa le : **18 Juillet 2020**

**Mlle ICHIBA Sara**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = - 0.25

OG = - 0.25

OZODROP COLLYRE

1 GTT 3 FOIS / JOUR, les deux yeux, 1 Mois

**AL FIRDAOUS VISION**  
202 Bd Abdennoumen RDC N°5  
Casablanca  
GSM : 06 48724173

**DR. BOUKSIM M.**  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus  
Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11

# ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

## FACTURE

FACTURE N° : **383/2020**

CLIENT : **ICHIBA SARA**

DATE FACTURE : **21/07/2020**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : <u>1</u> <b>lelop</b>	350,00 DH
Verres : <u>OG1</u> <b>orma ar indo</b>	375,00 DH
<u>OD1</u> <b>orma ar indo</b>	375,00 DH
Nomenclatures : OD : -0.25 ( +0.00 à 0° ) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00 OG : -0.25 ( +0.00 à 0° ) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**MILLE CENT DIRHAMS TTC**

PAYE PAR CHEQUE

**Total TTC : 1 100,00 DH**

**Total HT : 916,67 DH**

**TVA 20% : 183,33 DH**

**Frais de Timbres : 0,00 DH**

**Montant Total Payé : 1 100,00 DH**

Code INPE



123456789

ICE 00223025300090