

# 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

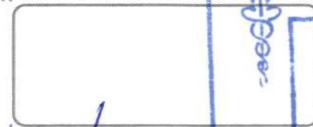
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-554643

ND: 35073

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>13 175</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : <b>Royal Air Maroc</b>	
Nom & Prénom : <b>ICHIIBA</b>			
Date de naissance : <b>28/12/1990</b>			
Adresse : <b>EL ou FA</b>			
Tél. : <b>06 32 32 33 09</b> Total des frais engagés : <b>1350 DH</b>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>MUPRAS</b>  <b>27 JUIL 2020</b> <b>ACCUEIL SIEGE RAM</b>	
Date de consultation : <b>18/07/2020</b>	
Nom et prénom du malade : <b>ICHIIBA</b> Age : <b>30</b>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>cong</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>ut. de la main</b>	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté 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 : **Carthage** Le : **1/08/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
18/07/2020			250.00	INP : 09M6516 Dr. DUKKASHI M. OPHTHALMOLOGIST Dr. Oum Rabia 22, rue El Jadida 13000 Casablanca Tunisie 2020

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

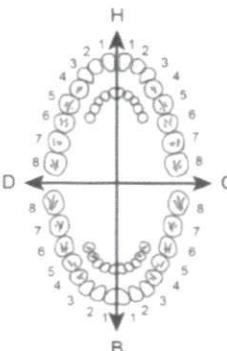
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AL FIRDAS VISION 202 Bd Abdellah Ben Rocc Casablanca GSM : 06 48724173	21/07/2020	optique	uv			110000

### VOLET ADHERENT

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

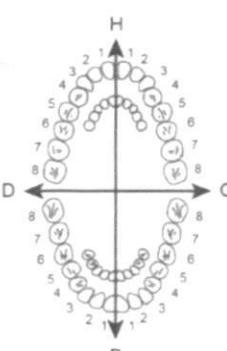
	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412 21433552
00000000	00000000
D	00000000 00000000
35533411	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'EXE

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

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

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر ....

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 Abdesslam RDCN°5  
Casablanca  
GSM : 06 48724173

**Dr. BOUKSIM M.**  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Résidence Al Firdaus Imm. L 30  
Télé. : 05 22 91 41 11

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 **terrasse N° 5 Oulfa - Casablanca**  
Télé. : 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 : 1 Ielop	350,00 DH
Verres : OG1 orma ar indo	375,00 DH
OD1 orma ar indo	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



428231

34700825

ICE 00223025300090