

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Med. RE Gueg
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 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'�épartement conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :/...../.....
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-059387

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

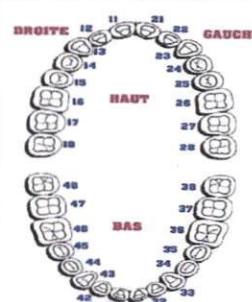
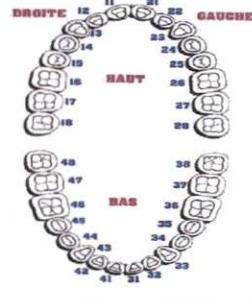
Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
	DROITE				
	GAUCHE				
	HAUT				
	BAS				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
	DROITE	D	H	G	
	GAUCHE				
	HAUT	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
	BAS				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					



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

W18-141911

DATE DE DEPOT

20/06/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 2135

Nom & Prénom : Mohammed R.GUIE.GU.

Fonction : Retraite Phone : 0536501309

Mail : HAY-BANALOUS, Bé. M. ELBOUHARI 022-222-222-222

MEDECIN Prénom du patient : R.GUIE.GU. MOHAMMED

Adhérent Conjoint Enfant Age : 1850 Date : 18 JUIN 2020

Nature de la maladie : - tte m'naue d'g Date 1ère visite : - Amelotopu

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
5		250,00

PHARMACIE Date : 18/06/2020

Montant de la facture : 08/06/2020

1010.58 DH / 104,70 DH

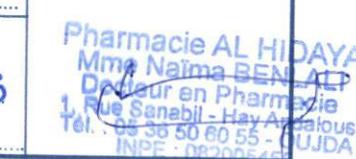
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

INPE : 082005455

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



Docteur Mohamed QCHIQACHE

OPHTHALMOLOGISTE

- Chirurgie & Maladies Des Yeux

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

- Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie

à l'Hôpital Al Farabi - OUJDA

- Chirurgie Oculaire et orbito-palpébrale

Angiographie - Laser

sur rendez-vous



Oujda, le: 08.juin.2020: و جهة في

Mr. RGUIEGU Mohammed

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

PHOTOCHROMIQUES

VL :

OD = + 1.50 (- 0.50 à 70°)

OG = + 2.00

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 3.00

2/ DICLOCED COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, les deux yeux

3/ DICYNONE 250 MG 20 CPS

1 cp 2 fois / jour

4/ boisson abondante

الدكتور محمد افشيقيش

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الخلاة بجهاز الفاكو

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى

الفارابي ساقية وجدة

أمراض العيون

جراحة العين والجفن والمسالك الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - لازر

بالموعد



إقامة المراطين، الطابق الثالث رقم: 2 ملتقى شارع ادريس الرازي (قرب مستشفى الفارابي - قبالة قسم الولادة) - وجدة

الهاتف - الفاكس: 05.36.68.33.30



INP N° : 081117442

Imm. Al Mourabitine - Angle Bd Driss Al Akbar et Razi - 3ème étage - n°2 (à côté de l'Hôpital Al Farabi - en Face de la maternité)

Tél./Fax: 05.36.68.33.30 -

- OUJDA

DICYNONE 250 MG B20
AMM N°: 58 DMP/21/NTT



6 118000 010418

36,70

DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Dicloced 1 mg/ml

ديكلوسيد 1 مغ/مل

Lot / Fab / EXP
حصة/تاريخ الإنتاج/انتهاء الصلاحية

4L87
09 2019
09 2021

FACTURE:001130/2020

OUJDA :18/06/2020

CLIENT rguiegu mohammed

DESIGNATION	QTE	P. UNITAIRE	P. TOTAL
VERRES OPTIQUE	2	300	600,00
PROGRESSIF ANTI-REFLET			-
OD:(-0,50 A 70)+1,50			-
OG:+2,00			-
ADD:+3,00			-
MONTURE OPTIQUE	1	240	240,00
			-
		HT	840,00
		TVA 20%	168,00
		TTC	1 008,00
		DROIT DE TIMBRE	2,52
		NET A PAYER	1 010,52

Arrêtée la présente facture à la somme de :

mille dix derhams et 52 cts

MODE DE PAIMENT : ESPECE

CHENNOUFI OPTIC
 Opticien Optométriste
 F.ZAHRA CHENNOUFI
 Bd Allal El Fassi Kissariat Angad
 N°41 Oujda - Fix 05 36 68 67 96