

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° W19-553537

ND: 36357

Courrier NSN

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11436 Société : Royal air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : IDRISS Loukman

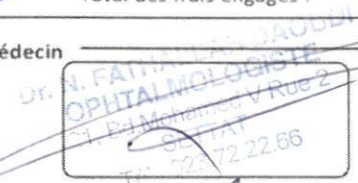
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661902613 Total des frais engagés : 5305,30 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17.07.2020

Nom et prénom du malade : LOUEHAN IDRISS

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Myopie

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-553537

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 :

11436
IDRISS Loukman
5305,30 DH
06/08/2020

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Fakir 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

het et signature du Médecin
stant le Paiement des Actes
P: 061157038
Dr. N. FATHALLAH
OPHTHALMOLOGISTE
21, Bd Mohamed V Rue 2
SETTAT
Tel: 023.72.22.66

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
11 07 20	C3	C2	200.00	INP : 061157038 Dr. N. FATHALLAH OPHTHALMOLOGUE 21, Bd Mohamed V SETTAT 023.72.22.61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou de l'expéditeur	Date	Montant de la Facture
	17/07/20	105,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES


Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

[illegible]

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

D
G

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV : 75.00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

LOT/عبارة: H5397
FAB/تاريخ الإنتاج: 11-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 10-2021

الدين فتح الله الدا
في أمراض وجراحة العيون

أيكومب®
Icomb®

Lot: WM0102
Fab: 11 19
Exp: 11 21

Chirurgie Cataracte - Implant
Glaucome - Strabisme
Laser - Angiographie
Chirurgie de la Myopie
par laser Excimer (LASIK)



أحة الحلالة - العدسة
الزراق (طنسيون)
ول - مسالك الدموع
العلاج بأشعة الليزر
حص الشرايين بالأشعة
جراحة قصر النظر بالليزر

ppv: 30 DH 30



Settat, Le 17 JUL. 2020 سطات في

W LOUKHAN Idriess

Letter pour

OD: -3,75 (-4,75-20°)

OA: -4,75 (-3,75-160°)

Add: +2,00

Active flats

30300
1/ Icomb
7500 1g^{te} x 4 flj
2/ Levophta
1g^{te} x 4 flj



Dr. N. FATHALLAH DAUDI
OPHTALMOLOGISTE
21, Bd. Mohammed V Rue 2
SETTAT
Tél: 05 23 72 22 66

105,360

OPTIQUE 2000

N° 001984

نظارات 2000

Opticienne - Optométriste
LEILA MAGDOUL

39, Bd Mohammed V - Settat

Tél/Fax : 0523 40 31 52

R.C N° : 6382

Patente : 40104979

Le code INPE : 065002503



FACTURE

Le code à barres



ليلى مكدول

39، شارع محمد الخامس سطات

الهاتف : 0523 40 31 52

ICE : 001653883000079

IF : 57008360

CNSS : 2914788

Settat, le : 25/07/20

Nom du client : Laila Magdouli Docteur : Dr. A. A.

Vision de Loin

OD : Sph. 3.75 Cyl. -1.75 x 20

OG : Sph. 1.75 Cyl. -3.75 x 160

Vision de Prés

OD : Sph. +2.00 Cyl. 0.00

OG : Sph. +2.00 Cyl. 0.00

Désignations	Nombre	Prix Unitaire	Total
<u>Vente pnyon</u>	<u>02</u>	<u>2000</u>	<u>4000</u>
<u>Facture</u>	<u>1</u>	<u>1000</u>	<u>1000</u>
			<u>5000</u>

Prêtée la présente Facture a la somme de : 5000

OPTIQUE 2000
Opticienne - Optométriste
Laila MAGDOUL
39, Bd Mohamed V Settat
Tél: 05.23.40.31.52

Cachet et signature