

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 Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-481648

ND: 48983

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934

Société : Retraite RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : ASSAL MUSTAPHA

Date de naissance : 05/11/1963

Adresse : HAY EL HOD Rue N°7 / N°29 Berrechid

Tél. : 06-04-685633

Total des frais engagés : # 1800,00H Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AGUEDACH Abdelghani
Ophtalmologiste
88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid
Tél.: 0522 32 72 58

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : A. ASSAL

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

26 NOV. 2020

ACCUEIL

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) :

26 / 11 / 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
26/04/20				INP : 0126050
				Dr. ABUEBACH Abdelhak
				Ophtalmologiste
				86 Bd. My Ismaïl Barrechid
				Tel : 05 22 32 72 58

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
		A M	P C	I M	I V	
Optique Ouloud Opticien Optométriste 4, Rue d'Alger-Mosquée Ouloud Barrechid - Tél : 05 22 32 87 19	2/11/20					1500 DHS

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE

Date : 02/11/2020

CLIENT: AMINA ABKAOUI

Numéro: 96785

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:			
MONTURE	DS OPTIQUE	1	600.00
VD	BOURGEOIS PROGRESSIF ORG AR 1.5	1	500.00
VG	BOURGEOIS PROGRESSIF ORG AR 1.5	1	500.00
PRES:			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. AGUEDACH ABDELGHANI			
LOIN : OD:(-0.75,25°) OG:(-0.50,165°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+2.75 OG:+2.75			
Total TTC:			1 600.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			320.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE SIX CENT DIRHAMS .TTC.

Signé: 
 Optique Ouhoud
 Opticien Optométriste
 4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud
 Berrechid - Tél : 05 22 32 87 19

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser
Strabisme
Lentille de Contact
Microchirurgie



الدكتور محمد الغني أگداش

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب سابقا بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية
علاج بالليزر
الحول، العدسات اللاصقة
الجراحة بالمجهر

Berrechid

برشيد، في

Optique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue d'Alger, Mohammadia Ouhoud
Berrechid - Tél.: 05 22 32 87 19

Lucretia

25 / 1 - 275 - 25

DC 1 - 250 - 165

250 + 275

Dr. AGUEDACH Abdelghani
Ophtalmologiste
88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid
Tél.: 0522 32 72 58