

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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 001547

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MJATI Bouazza
Date de naissance : 10.03.1952
Adresse : eulfa Rex 109 ch 1
Tél. : 0662.556040 Total des frais engagés : 3460.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
Gsm : 06 78 75 89 89

Date de consultation : 19 Oct 2022
Nom et prénom du malade : MJATI FOUZIA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 1 / 11 / 2022

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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
9 Octo 2022	A		3000	Dr. IRAQI MAHA Ophtalmologiste City Office Lotissement Missimi Tél : 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 75 89 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/22	160000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

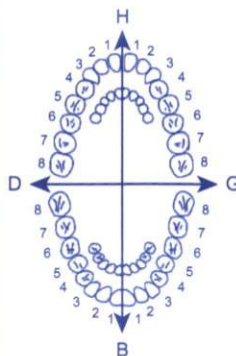
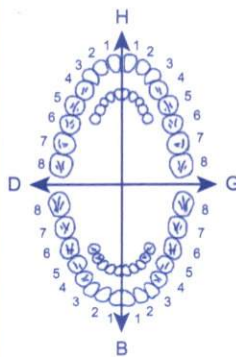
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/10/22					3000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Docteur Maha IRAQI

Ophtalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'Hôpital Al Hassani
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse
Diplômé d'Oeil et Médecine Interne
et de Neuro-Ophtalmologie
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



Casablanca, le

19 octobre 2022

Mme MJATI FOUZIA

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets, Amincis

VL : OD = - 5.75 (- 0.50 à 10°)

OG = - 4.50 (- 0.75 à 150°)

VP : ODG = Add : + 2.50

80,00 x2

1/ NAVITAE PLUS COLLYRE

**TAM
S.V**

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2-3 Mois

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lottissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
Gsm : 06 78 75 89 89

سيدي أوفيس - شارع واد لو - حي مسيمي - الطابق الثالث - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء
City Office - Bd. Oued Laou - Quartier Missimi - 3 ème Etage - Bureau C6 - (en face Marjane Hay Hassani) - Casablanca
Tél : 05 22 91 13 38 : الهاتف - GSM : 06 78 75 89 89 : المحمول - E-mail : iraqimaha@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

Original
Optic

Original
Optic

Wifak 3 Rue 65 Num 65 Magazin 5

Oulfa - Casablanca

RC : 449836 - INPE : 095031589

IF : 50650935

ICE : 002960353000021

Patente : 35005646

FACTURE N° : 220 10 2022

Casablanca le : N° Facture 000669

Mr/Mme : MJATI Fouzia

Nature des Verres : Progressifs organiques AR Vert ϕ 1,6				
Monture	Métal	Plastique	600,00	
V.L : - OD	(10° -0,50) -5,75		1200,00	
- OG	(150° -0,75) -4,50		1200,00	
V.P : - OD				
- OG				
ADD /	+2,50			
TOTAL			3000,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de

trois mille Dhs

INP: 095031589