

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

- 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
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

N° W21-717298

136620

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : HABATI HASNA
 Date de naissance :
 Adresse : 4, LOT HAMZA-SIDI MAAROUF-CASA
 Tél. : 9629 Total des frais engagés : 2460,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. JIHAD SAFAR
 OPHTHALMOLOGISTE
 Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdellah 3
 (ex route d'azemour) Entrée A. Apt 3.2 em. étage.
 Casablanca / Tél: 05 22 09 87 57 / 06 14 32 07 23
 Date de consultation : 17/09/2022
 Nom et prénom du malade : Ouahay Mohamed Amine
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Conjonctivite
 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.

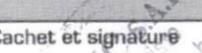
Fait à : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 17/02/22 | CS | | 30000 | INP : 0912193321 DR. JIHAD SAËD OPHTHALMOLOGISTE |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | |
|---|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Pharmacie M'hamed Docteur en Pharmacie M'hamed KATIR | Date 17/09/2022 Montant de la Facture 60,00 |

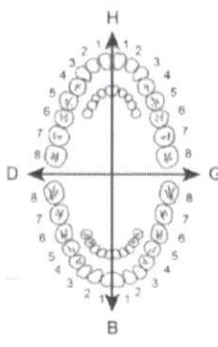
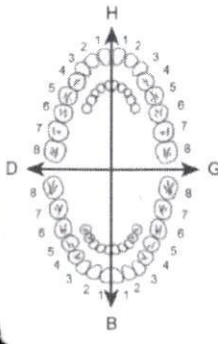
[illegible]

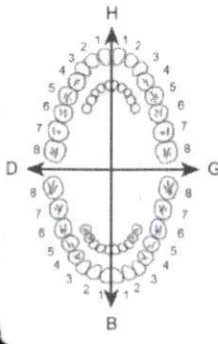
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
|  | 29/10/22 | | | | | 2100,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <table style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> | |
|---|--|---------------------|-------------|--|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| |  | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----------|----------|----------|----------|--------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">B</td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplômée des universités de Tours-Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk)
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"
الزرق-الساد-السكري-تصحيح النظر
طبيبة سابقة بمستشفى 15-20 باريس
طبيبة سابقة بمستشفى الحسنى

17 septembre 2022

Mr. OUAHAY Mohamed Amine

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = - 3.25 (- 0.25 à 38°)

OG = - 3.50



زاوية شارع سيدي عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

📍 Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour).Entrée A . Apt 3.2 eme étage.



cabinet.drjihad@gmail.com



05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

Direct Optic

Casablanca Le : 29/10/2022

Client : M^R OUAHAY
MOHAMED AMINE

FACTURE N° 02496

| Désignation | Quantité | Montant TTC |
|---|----------|-------------|
| Montre optique | 1 | 600,00 |
| 1 verre connecté anti-reflet filtre Bleu amincis | 1 | 750,00 |
| 1 verre connecté anti-reflet filtre Bleu amincis | 1 | 750,00 |

DIRECT OPTIC S.A.R.L

Opticien - Optométriste

31, Bd Sidi Abderrahmane Hay hassani
Casablanca

RC : 275787 - PAT : 34891234 - I.F : 14408766
Tél : 0522 36 62 44

31, Bd Sidi Abderrahmane, près de la Clinique Yasmine, Hay Hassani, Casablanca

Tél : 05 22 36 62 44 - Site : www.directoptic.ma

Patente : 34891234 - I.F : 14408766 - ICE : 0000058600032

TOTAL TTC

2100,00

DONT TVA (20%)

350,00



Diplômée des universités de Tours-Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk)
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"
الزرق-الساد-السكري-تصحيح النظر
طبيبة سابقة بمستشفى 15-20 باريس
طبيبة سابقة بمستشفى الحسنى

17 septembre 2022

Mr. OUAHAY Mohamed Amine

LIROX

60100

1gx2/j pdt 1mois, dans les deux yeux

Lot : LRX01
Exp : 11/2023
PVC : 60 Dhs



صيدلية ابن كثير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed QERMANE
Docteur en Pharmacie
TIR

60100

DR. JIHAD SAFAA
OPHTALMOLOGISTE.
Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb
(ex route d azemour). Entrée A. Apt 3.2 eme étage.
Casablanca (Tel: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28)

زاوية شارع سيدي عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2. شقة 3

📍 Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour). Entrée A. Apt 3.2 eme étage.



cabinet.drjihad@gmail.com



05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28