

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0036554

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1258 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AKKAR A5dela212
 Date de naissance : 31/12/1945
 Adresse : 6, Rue Turgot (Racine) CASABLANCA
 Tél. : 05 55 89 58 33 Total des frais engagés : 11300 Dhs

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 :

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 : Le : 10/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

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

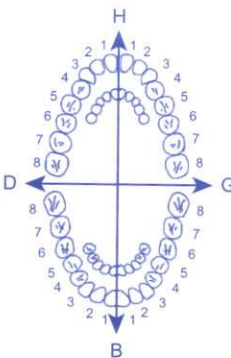
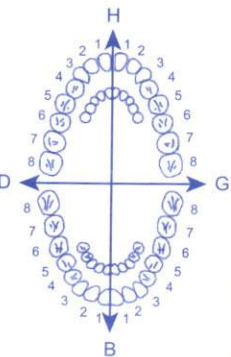
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT	NOM : <u>AKKAR Abdelaziz</u>	Mle <u>1258</u>
DECLARATION N°	P 14/0018614	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>11300,00</u>	<u>2</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
 Cachet MUPRAS		



P 14/

18614

DATE DE DEPOT
09 / 11 / 2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1258</u>	Signature et cachet du Praticien	
Nom & Prénom <u>AKKAR Abdelaziz</u>				
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0565896833</u>			
Mail <u>a.azizakkar@gmail.com</u>				
MEDECIN	Prénom du patient <u>AKKAR ABDELAZIZ</u>		Date <u>05 OCT. 2022</u> Date 1ère visite _____	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age _____			
Nature de la maladie				
<u>Affection Oculaire</u> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances _____				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du Pharmacien	
<u>C2</u>		<u>3000,00</u>		
PHARMACIE		Date _____		
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date _____	CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date <u>04/11/2022</u>	Cachet MUPRAS	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV
<u>2 verres + 1 monture</u>		<u>11000,00</u>		

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 20/10/2014

M. Mouhssine D'KHISSY

Relevé pour VL (Marteuf)

$$\alpha = (+0,75) \cdot 170$$

$$\alpha_b = -0,15 (-0,15) \cdot 90$$

$$\text{Add opt} = +2,05$$

PLÉNIÈRE
YASMINA BENAZZOUC
Opticienne Optométriste
281, rue Abdelhak Roudani, Casablanca
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
E-mail: y.benazzouc@gmail.com

M. Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Casablanca
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

PLEINE VUE OPTIQUE

281,ANGLE RUE KADI IYASS ET RUE ABDELLAH RAJII(EX.

MAARIF.CASABLANCA

Tél/fax : 022.23.13.06

FACTURE

FACTURE N° : **137/2022**

CLIENT : **AKKAR ABDELAZIZ**

DATE FACTURE : **04/11/2022**

DESIGNATION		PRIX TTC
Montures : <u>1</u>	ERMENEGILDO ZEGNA EZ5241 007 54/16	2 500,00 DH
Verres : <u>OG1</u>	LIGHT 3DVE 1.5 BLUE PROTECT	4 250,00 DH
<u>OD1</u>	LIGHT 3DVE 1.5 BLUE PROTECT	4 250,00 DH
Nomenclatures :	OD : +0.00 (+0.75 à 170°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0	
	OG : -0.50 (-0.50 à 90°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

ONZE MILLE DIRHAMS

Total TTC : 11 000,00 DH

Total HT : 9 166,67 DH

TVA 20% : 1 833,33 DH

PLEINE VUE OPTIQUE
YASMINE SENATZOU
Opticien Optométriste Pyrénées
281, rue Abdellah Rajii (ex. Pyrénées)
Maarif-Casablanca-Tél-Fax: 022 23 13 06
E-mail: pleinevue@gmail.com



123456789

IF; 1102777 R.C; 143239 Patente; 35790468 ICE; 000159305000036 INPE; 095004859
Adresse; 281,ANGLE RUE KADI IYASS ET RUE ABDELLAH RAJII(EX.PYRENEES) MAARIF.CASABLANCA
Tél/fax : 022.23.13.06 Email; pleinevue@gmail.com