

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-595205

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ 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.

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) :

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
				INP : <input type="text"/>

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

AM PC IM IV

20/12/2012 15000

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

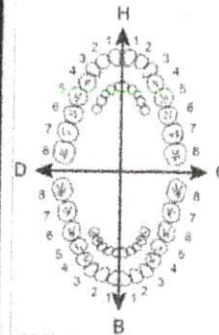
Important :

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 :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
28533412 21433882
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DE CORRECTION ET DE PROTHESE OCULAIRE MAROC



ZINEB YAQUOT

Orthoptiste & Oculariste

Diplômée de l'ESPO –Rabat et de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie - Paris

Fabrication et Adaptation de Prothèse Oculaire sur mesure

Dépistage et Rééducation des troubles fonctionnels de la vision binoculaire

(Orthoptie, Lancaster, Vision des couleurs, Champs visuels automatisé HUMPHREY)

Casablanca, le 20/12/2022

FACTURE

174/R/22

Je soussigne certifie avoir examiné et suivis en ce jour le cas **Mlle FACHTALI RANIA**

Les frais de cet examen s'élèvent à :

DESIGNATIONS	DATE	SEANCE	PRIX UNITAIRE
Rééducation orthoptique	30-11-2022	1	150 dhs
	02-12-2022	2	150 dhs
	05-12-2022	3	150 dhs
	07-12-2022	4	150 dhs
	09-12-2022	5	150 dhs
	12-12-2022	6	150 dhs
	14-12-2022	7	150 dhs
	16-12-2022	8	150 dhs
	19-12-2022	9	150 dhs
	20-12-2022	10	150 dhs

La présente facture est acquittée à la somme de : **MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

Mode de paiement : **ESPECES**

CENTRE DE CORRECTION ET
DE PROTHESE OCULAIRE MAROC
445, Bd. Abdelmoumen 1^{er} Etage
Résidence Al-Badl
Casablanca - Tél: 0522 85 52 53

445, bd Abdelmoumen 1^{er} étage n°2, Rés Riad Abdelmoumen Casablanca, Maroc –

Tél : **0522.86.52.53- 0664.31.69.13**

R.C : 294123, Patente : 34753721, I.F:14474337, C.N.S.S : 4037017, ICE : 001597294000038

Email: zineb.yaquot@prothese-oculaire.ma

Site web: www.prothese-oculaire.ma / www.facebook.com/ccpom

Compte Bancaire : 01431 000061 001 59 – **BMCI Agence France Ville**

Docteur Oumaima ACHAGRA

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies
& Chirurgie des Yeux

Esthétique et Pathologie des Paupières

Chirurgie du Strabisme

Chirurgie de la Cataracte

Diplômée des Universités de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Horaires : 9h à 16h

Sur Rendez - vous

الدكتورة أميمة أشكري

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

تجميل و أمراض الجفن

طب وجراحة الحول

خريجة جامعة باريس

الإستقبال : 9 صباحا إلى 4 بعد الزوال
بالموعد

22/04/2022

Casablanca, le

Mademoiselle FACHTALI Rania

INSUFFISANCE DE CONVERGENCE

10 SEANCES DE REEDUCATION ORTHOPTIQUE

CENTRE DE CORRECTION ET
DE PROTHESE OCULAIRE MAROC
445 Bd. Abdelmoumen 1^{er} Etage
Résidence Rina Abdelmoumen Intit. A
Casablanca - Tél. 05 22 25 52 23



Dr. ACHAGRA OUMAIMA
Maladies et Chirurgie des Yeux
39, Bd. Mohammed V - Casablanca
Tél : 27 - 66 - 77

En cas d'urgence, contacter la Clinique RACHIDI : 05 22 22 12 96

39, شارع محمد الخامس - قرب سينما أ.ب.س. - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97
39, Bd. Mohammed V - Près Cinéma ABC - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97
البريد الإلكتروني : GSM : 06 62 18 38 27 - E-mail : cabinetdocteurachagra@gmail.com

CENTRE DE CORRECTION ET DE PROTHESE OCULAIRE MAROC



ZINEB YAQUOT

Orthoptiste & Oculariste

Diplômée de l'ESPO –Rabat et de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie - Paris

Fabrication et Adaptation de Prothèse Oculaire sur mesure

Dépistage et Rééducation des troubles fonctionnels de la vision binoculaire

(Orthoptie, Lancaster, Vision des couleurs, Champs visuels automatisé HUMPHREY)

Casablanca, le 26/04/2022

DEVIS

La patiente **Mlle FACHTALI RANIA** nécessite 10 séances de rééducations orthoptiques.

Les frais de cet examen s'élèvent à :

DESIGNATIONS	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	TOTAL
Rééducation orthoptique	10 séances	150.00 DHS	1500.00 DHS

Le présent devis est acquitté à la somme de : MILLE CINQ CENT DIRHAMS

445, bd Abdelmoumen 1^{er} étage n°2, Rés Riad Abdelmoumen Casablanca, Maroc –

Tél : 0522.86.52.53- 0664.31.69.13

R.C : 294123, Patente : 34753721, I.F:14474337, C.N.S.S : 4037017, ICE : 001597294000038

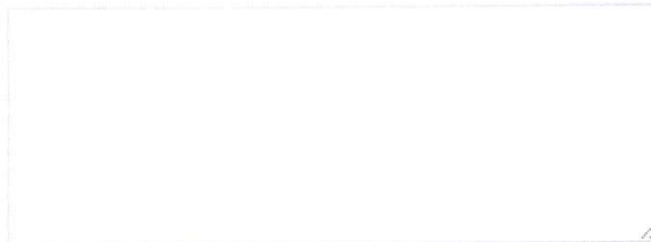
Email: zineb.yaquot@prothese-oculaire.ma

Site web: www.prothese-oculaire.ma / www.facebook.com/ccpom

Compte Bancaire : 01431 000061 001 59 – BMCI Agence France Ville

N° Dossier: 113746 
N° Dossier externe: ACC-06628-29/04/2022
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: FACHTALI RANIA
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 29-04-2022 
Date de fin: 
Date de saisie: 29-04-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
04-05-2022	Manuel	OK ACC 10 QEANCES ORTHOPTIQUE FORFAIT
05-05-2022	Manuel	sms envoyé