

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° 001553

☐ 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 : RUE 109 CP 1 GROUPE D'EL OULFA CASA
 Tél. : 0668 555040 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missim
Tél : 05 22 91 1111
Gsm : 06 78 75 89 89


Date de consultation : 22 Dec 2021
 Nom et prénom du malade : MJATI BOUAZZA Age :
 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 : 27/12/2022

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
22 Dec 2022	ca		3000	 Office de l'Enseignement Mission Tel : 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 73 89 89


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Dr. BASSAM 22, Bd. Oued Sebou CASABLANCA Tel : 05 22 90 18 99	22/12/2022	270,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

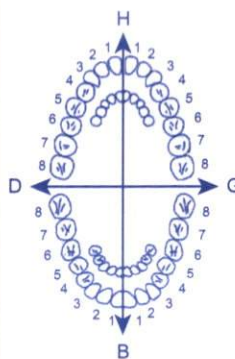
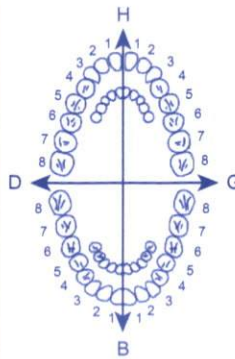
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 OPTIC BENBASSAM Wafek - Ouira - Casablanca Imme BENBASSAM Tél : 095031589	22.12.2022			Lunettes de Vue		3400,00

RELÈVE 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															
				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																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

LOTEMAX®

Etabonate de lotéprednol
Suspension ophtalmique
à 0,5 % (5 mg/mL)

لوتيماكس

إيتابونات اللوتيبيريدنول
0,5% (5 ملغ /مل)

Stérile
Sur prescription médicale
exclusivement

مستعلق للعين معقم
بوصفة طبية فقط

5 mL

مل 5

ATI BOUAZZA

Date Fab. : تاريخ الصنع :
Date Exp. : تاريخ الانتهاء :
Lot : الحصة :

Cationorm®

Multi
Emulsion
ophtalmique

PPC 158,00 DH

+ verres correcteurs

1.00 à 85°)

0.25 à 180°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs (Add +2.50)

VP : OD = + 1.75 (- 1.00 à 85°)

OG = + 2.50 (- 0.25 à 180°)

1/ CATIONORM

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

2/ LOTEMAX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour x 1 semaine
puis 2 x/j pendant 1 semaine , dans les deux yeux

الدكتورة عراقي مها**إختصاصية في طب و جراحة العيون**

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le

22 décembre 2022

Original
Optic

Original
Optic

Wifak 3 Rue 65 Num 65 Magasin 5

Oulfa - Casablanca

RC : 449836 - INPE : 095031589

IF : 50650935

ICE : 002960353000021

Patente : 35005646

FACTURE N° : 000701

Casablanca le : 22.12.2022

Mr/Mme : MJATI Bouazza

Nature des Verres : Progressifs Organiques Antireflets ϕ 1.6				
Monture	Métal	Plastique	600,00	
V.L. : - OD	(85° - 1.00) - 0.75		1400,00	
- OG	(180° - 0.25) P.B.n		1400,00	
V.P. : - OD				
- OG				
ADD /	+2,50 ODG			
TOTAL			3400,00	

Arrêtée la presente facture à la somme de

trois mille quatre

Cent. Dhs

INP 095031589