

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

- 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

N° W21-616084

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12161 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 154425

Nom & Prénom : Karim El Alaoui Asmaa

Date de naissance : 12/11/1982

Adresse : 6 Rue de Bruxelles Casa

Tél. : 0662765972

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : KARIM EL ALAOUI ASMAA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/03/2023	G		3000dh	INP : 02M56987

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	
	21/03/2023	1 Monture		1500		1500
		2 Vess				4500
						TOTAL = 6000dh

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			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"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex. Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aérospatiale

الأستاذة لعويسي. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca le :

21/02/23
KARIN EL ALAOU
ASMA

PHARMACIE WATU
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 25 48 07

la lettre VC Annuaire
Autrefois

00. (115 - 0,25) + 6,50

S 4,10

001 (190° - 1) + 8
1/3

hermobak
18/02/23

sumica optique
TACNAOUTTA
7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél./Fax: 05 22 27 33 83

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en ophtalmologie
76, Boulevard Abdelmoumen
Res Koutoubia Casablanca
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en ophtalmologie
76, Boulevard Abdelmoumen
Res Koutoubia Casablanca
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

TAGNAOUTI A.

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél : 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

CASABLANCA - MAROC

ICE : 001740389000080

Casablanca, le 21/03/2023

FACTURE 31551

Dr. Laroussi

M. Karim EL ALZOU
Asma

Vision de loin ✓

OD : cyl -0.25 15° sph +6.50

OG : cyl -1.00 150° sph +8.00

Vision de près

OD : cyl sph

OG : cyl sph

Double Foyer

OD : cyl sph Add

OG : cyl sph Add

Quantité :	Désignation	Prix
1	MONTURE <u>Optique</u>	<u>1500 dhs</u>
2	VERRE <u>organoques 1,74 blanc</u> <u>+ miroir flet Recal Américain</u> <u>Du 1er</u> <u>n° de nomenclature 20409</u>	<u>4500 dhs</u>
Montant en lettre : <u>Six Mille dhs</u>		TOTAL <u>6000 dhs</u>

Cachet, signature

 **sumica optique**
TAGNAOUTI A.

7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 27 33 83

PATENTE N° 33105988

ICE: 001740389000080

INPE: 095005997

PROFESSEUR LAOUISSI NADIA
Spécialiste en Ophtalmologie, Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de CASA
Ex. Attachée au CHU de NANTES (FRANCE)
Chirurgie du Strabisme

CASABLANCA LE 21/03/2023

ATTESTATION MEDICAL

Mme KARIM EL ALAOUI ASMAA nécessite un changement de lunette car elle présente un changement de dioptrie.

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en ophtalmologie
76, Boulevard Abdelmoumen
Ros Koutoubia Casablanca
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

76, bd Abdel Moumen –Résidence koutoubia ,1^{er} étage, Casablanca Tél.
0522994600