

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 0042987

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3413 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARIF MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1940

Adresse : 15F, Rue HIMOSAS - HAY ERRAHA - Casablanca

Tél. : 0663 254631 Total des frais engagés : 5856,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/03/2023

Nom et prénom du malade : ARIF MOHAMED Age : 01/01/40

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : 15/3/2023

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
13/03/2023		C 3	3000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/3/2023	656,00

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	
	13/03/23					4.900,00

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	
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		Coefficient DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél.: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

نظارات أبو العز

OPTIQUE ABOULIZ

OPTICIEN AGREE

40, Rue Allal Ben Abdellah

CASABLANCA - Tél. : 05 22 27 72 00

R.C. : 111424 - Patente : 33100505

I. F. N° : 812057

Casablanca, le

13/03/23

M.

ARIF
Mohamed

FACTURE N°

Ordonnance de Mr. le Docteur

N. LAOUISSI

N° de nomenclature correspondants
à la prescription médicale

{ O.D.
O.G.

V.L.

V.P.

D.F.

431
431

Prescription

{ O.D. = AXE 105° CYL -1.00 SPH +0.75 ADD +3.00
O.G. = AXE 20° CYL -0.75 SPH 0.50 ADD +3.00

FOURNITURES :

P.U.

P.T.

1 Montures

2 Verres V.L.

PROGRESSIFS
TRANSITION GRIS

Verres V.P.

1.6 LIBERTY
ANTI-REFLETS

H.T.

T.V.A. 20% Soit

T.T.C.
Total (en DH)

700,00
4200,00

4900,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de

Quatre
mille neuf Cent dirhams

نظارات أبو العز
OPTIQUE A. ABOULIZ
40, Rue Allal Ben Abdellah
CASABLANCA - Tél. 27-72-00

Professeur N. LAOUISSI

الأستاذة لعويسي . ن

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Professeur à la Faculté des 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 Aero spatiale

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

Casablanca, le : 13-3-023

ARIF Abdelmoumen

les lunettes presbytie
meilleurs

مطارات أبو الوالي
OPTIQUE A. ABOULIZ
40, Rue Allal Ben Abdellah
CASABLANCA - Tél. 27-72-00

vy 09 1 (105 - 1) +075
00 (20 - 075)
-0,50

VP/ODG 3

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

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

Le 13 / 3 / 023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:
Certifie que Mlle, Mme, M : <u>ARIE M. shouet</u>
Présente <u>un syndrome de</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>A ne</u>
Dont ci-joint l'ordonnance:
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18