

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-801543

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7335** Société : **RAM**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **ne**
 Nom & Prénom : **BENTAMIN**
 Date de naissance : **21/01/70**
 Adresse : **HABITUELLE**
 Tél. : **0664992149** Total des frais engagés : **3230,00 + 20,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL OUALI Loubna
Ophtalmologue
Bd. Abou Badr El Kadiri Rés. Ahfad
Casablanca - Tél: 05 20 40 59 59

Date de consultation : **13/05/2023**
 Nom et prénom du malade : **Bentamin Mohamed** Age :
 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 : **13/05/2023**
 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 Règlement des Actes
13/05/2023	5 op.h	280		INP : 06 99 44 50 ICE : 003043532000029 IF : 51824780 TP : 36105908

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Prothésiste	Date	Montant de la Facture
	27/05/23	3730,00

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	

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

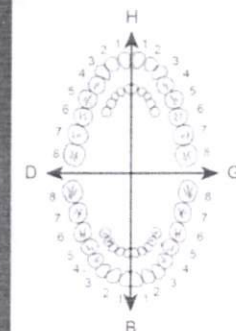
INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000500
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

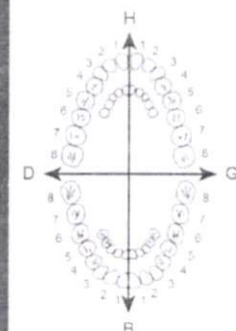
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

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

Dr. El Ouali Loubna
Chirurgien Ophtalmologiste



دكتورة الوالي لبنى
إختصاصية أمراض وجراحة العيون

- Membre de la société française d'ophtalmologie
- Ex responsable de l'unité d'ophtalmologie à l'HCK
- The CPD UK certification of masterclass of refractive surgery
- Diplômée en :
 - Surface oculaire - Tours - France
 - Chirurgie vitréo-rétinienne - Nancy - France
 - Chirurgie réfractive et cataracte - Bordeaux - France

- عضوة بالجمعية الأوروبية للأمراض العيون
- رئيسة مصلحة العيون بمصلحة الشيخ خليفة ابن زايد سابقا
- شهادة CPD UK في جراحة العيوب الانكسارية
- حاصلة على دبلوم في :
 - أمراض الحساسية والقرنية (تور - فرنسا)
 - جراحة الشبكية والماء الزجاجي (نانسي - فرنسا)
 - جراحة الساد "الجلالة" و جراحة العيوب الانكسارية (بورجو , فرنسا)

13 mai 2023

Mr BENTAHIR Mohamed

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 7.00 (- 0.25 à 115°)

OG = - 7.00 (- 0.75 à 111°)

MOTASSIM SIHAM
KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMETRIE
404, Av. Abdellatif Serfati, Oujda
Tél : 02 23 70 73 31

Dr. EL OUALI Loubna
Ophtalmologue
3d. Abou Badr El Kadiri Rés. Ahfad

404, Av. Abdellah Senhaji
Idrissia 1 - Casablanca
Tél : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36

KADER OPTIQUE

patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C : 20 47 88

FACTURE

N° 000019

IF : 02520198
ICE : 001823017000027
INP : 095004081

Casablanca, le

M

O.D. = 115 - 025 - 700 ADD. =

O.G. = 111 - 025 - 700 ADD. =

Ordonnance du docteur EL OUALI

NRS de nomenclature
correspondants à
la prescription

Loin { O.D. = 125
O.G. = 125

Prés { O.D. = -
O.G. = -

D.F. { O.D. = -
O.G. = -

FOURNITURE :

Montures :

Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois mille sept
Cet traité est expé

MOTASSIM SIHAM
KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMETRIE
404, Av. Abdellah Senhaji, Idrissia 1
Tél : 05 22 28 70 73 - Fax : 05 22 80 18 36