

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 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° W21-763582

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8659 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NAOUT Abdelhak

Date de naissance : 01/04/1968

Adresse : Rue 8222 Immeuble LAMZAC Etage 2 APPT 105

Tél. : 0661450263 Total des frais engagés : 350 + 3200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/07/2023

Nom et prénom du malade : AIT LACHGAR KHADDOUJ Age :

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

Nature de la maladie : consultation ophtalmologique

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 : 22/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

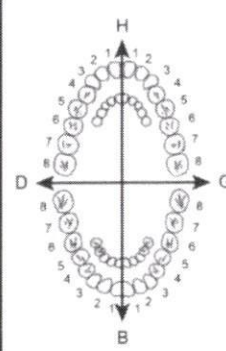
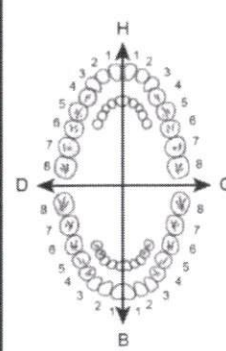
VOLET A2

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 JUL 2023	CS + Fo	3500H		INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/2023	32001.00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 : <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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		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"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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															

Lauréat de faculté de médecine de Casablanca
Ex médecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest
Ex médecin attachée à Cheikh Khalifa
Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie réfractive
Contactologie
Maladies rétiniennes
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne
Agrémentée contrôle permis de conduire



اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

طبيبة سابقة بمستشفى الشيخ خليفة

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكية العين

اللازر - فحص القرنية

22 juillet 2023

Casablanca le :

Mme AIT LACHGAR Khaddouj

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques
Antireflets, Antireflets multi-couches, Amincis

Vision de loin :

OD = + 1.25 (- 0.50 à 120°)

OG = + 1.50 (- 0.50 à 72°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

OD = + 3.75 (- 0.50 à 120°)

OG = + 4.00 (- 0.50 à 72°)

OPTIQUE MOULAY YOUSSEF
Opticien Optométriste
Bd. E. Boudiaf, N° 7
Hay Mohammadi - Casablanca
34 39 00 00 69 03 97 35

ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3^{ème} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél.: 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني : dr.lazrakzineb@gmail.com - Urgence : 0660 46 15 70

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste
Bloc Kodja 106 Bd. E N° 7 Bis,
El Hay Mohammadi - Casa
Tél : 06 69 00 97 85
05 22 60 3439
Patente : 32825428



N° 001097

نظارات مساوي

أخصائي في النظارات البصرية
بلوك الكدية 106 - الحي المحمدي
الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي
الهاتف : 06 69 00 97 85
05 22 60 3439

الباتنتا : 32825428

Ordonnance de M. le Docteur :

Zineb Lazrak

MOUSSAOUI Abdssamad
095012357

N° de nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D. : <i>72° - 0.101 + 1.00</i>	PRES	O.D. : <i>72° - 0.101 + 3.75</i>
	O.G. : <i>72° - 0.101 + 1.00</i>		O.G. : <i>72° - 0.101 + 4.00</i>

FOURNITURE

Monture : *Silic 2nd*

✓ Verres : *Don Ben ABG (CL) x2*
3D NARM (CP) x2

Etuils :

Total : *trois mille deux cents DM*

x2

x2

1200,00

1500,00

500,00

3200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le *27/07/2023*

M. ou Mme : *AIT LACHOUAR*

Rhaddouj

ICE : 001789511000067 - ID : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031

Opticien Spécialiste
Bl. E. N° 7 Bis, Hay Mohammadi - Casablanca
F 3439 - GSM 06 69 00 97 85