

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0025086

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0772 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BRAIJI Mohammed
Date de naissance : 1948
Adresse : 100 Bloc 104 cité chef AGADIR
Tél. : 0614088949 Total des frais engagés : 1600DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/08/23
Nom et prénom du malade : Mohammed BRAIJI Age : 1948
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Consultation correction
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 : Casa Le : 23/08/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
18/08/23	correction		200 DH	

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/08/23					1400 DH

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	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

Dr. Sara EL AADRAOUI
MEDECIN OPHTALMOLOGISTE



Diplôme de la spécialité de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital Provincial de Boulmane

Ex. Ophtalmologiste à l'hôpital Régional
de Béni Mellal

Maladies des yeux, glaucome et strabisme.

Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification.

Chirurgie des annexes et des voies lacrymales.

Echographie oculaire - Angiographie oculaire.

OCT oculaire - Laser.

ORDONNANCE

Nom :

Mohammed
BRAIJI

Date :

18/08/23

Lunettes pour VL + Monture
verre anti UV, aminci

OD: +0,75 (-2 à 102°)

OG: +0,50 (-2,50 à 84°)

Lunettes pour VP: verre aminci

OD: +3,25 (-2 à 102°)

OG: +3,25 (-2,50 à 84°)

DR. SARA ELAADRAOUI
MEDECIN OPHTALMOLOGISTE
1 ALLÉE DES TRÔNES G2, APPT 6 RIAD AL GHIZLANE
N° 8, BOULEVARD EL GHIZLANE
CASABLANCA - GIN - 212 642 692 14
Email: saraadraouisalim@gmail.com
INPE 121244461

VISION POWER A.S
Opticien Optométriste
Rés Robert N° 8, BOULEVARD EL GHIZLANE
Ain Sebaa - Casablanca
Tél.: 05 22 66 07 41

VISION POWER as**R.C : 524995 / PATENTE : 31502334 / IF : 50691421/****ICE : 002934766000036**

RES Robert n°8 Bd Chefchaouni - Ain Sebaâ

20230 CASABLANCA

Tél: 0522660741

M. MOHAMMED BRAIJI

FACTURE N° : F23/1908

Date : 18/08/2023

Prescrit par : Dr.SARA EL AADRAOUI

No ID :

En date du : 18/08/2023

Désignation	Qté	Prix unit.		Valeur	TVA
VL : VERRES ORGANIQUE MTC AMINCI	2	300.00		600.00	20.0
VP : VERRES ORGANIQUE MTC AMINCI	2	400.00		800.00	20.0
Corrections : VL D. Sph: +0.75 Cyl: -2.00 Axe: 102° Add: +2.50 VL G. Sph: +0.50 Cyl: -2.50 Axe: 84° Add: +2.75 VP D. Sph: +3.25 Cyl: -2.00 Axe: 102° VP G. Sph: +3.25 Cyl: -2.50 Axe: 84°					
Total	4			1400.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1166.67	233.33	1400.00		1400.00 Dh

VISION POWER A.S.
Optométriste
RES Robert N° 8 Bd Chefchaouni
Ain Sebaâ - Casablanca
Tél: 05 22 66 07 41