

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'El
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

M23-009423

177334

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11593 Société : Ram
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ESSOD AIGUI YASNINE
Date de naissance : 07/03/1975
Adresse : 17 Rue ABO ISMAEL CHINAZI
MARRAKESH
Tél. : 0678704699 Total des frais engagés : 73481,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

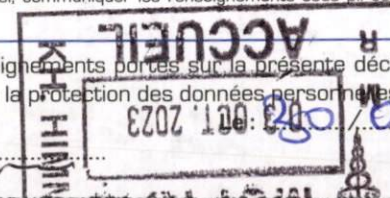


Date de consultation : /
Nom et prénom du malade : ESSOD AIGUI YASNINE Age: /
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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



Autorisation CNDP N° : AA-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
30/08/23	C.S		200,00	<p>Spécialiste en Ophthalmologie Maladies de l'Œil - Chirurgie des Yeux 18, Avenue Stendhal - Casablanca Tél : (+212) 0522 47 15 94 - INPE - 051388304 Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com</p> <p>Pharmacie Stendhal - Cie Plateau Tél : 0522 25 05 51</p> <p>INPE 092019587</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Stendhal - Cie Plateau Tél : 0522 25 05 51</p>	30/08/23	200,00

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
		A M	P C	I M	I V	
<p>Pharmacie Stendhal - Cie Plateau Tél : 0522 25 05 51</p>	30/08/23					200,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris
Diplômée en "Surface Oculaire", Université de Brest, France
Diplômée en "Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires",
Université Paris 12, France



PT230828170006

30 août 2023

Enf. ESSODAIGUI YASMINE

90,70

PHYSIO serum oculaire

Lavage oculaire 2X/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

90,70

OPATANOL: collyre cl

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



Dr. Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél.: (+212) 05 22 47 15 94 - INPE: 061288304
Email: ophtalmologie@cliniquestendhal.com

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

6118001270354

LOT/عبار H8508
FAB/تاريخ الإنتاج 05-2022
EXP/تاريخ الانتهاء 04-2024

PPV : 75,00 DHS

PhyLarm

HER MEDIC
PPC
104.00 DHS

16 unidoses

**À chaque fois
que l'œil est irrité**



PT230828170006

30 août 2023

Enf. ESSODAIGUI YASMINE

Monture + verres correcteurs Antireflets, Filtre anti-lumière
bleue

Vision de loin :

OD = - 2.75 (- 1.00 à 15°)

OG = - 2.25 (- 0.75 à 160°)


Dr Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies ET Chirurgie des YEUX
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

OPTIQUE Najat

Vente & Réparation des Lunettes

Bd. Moudiboukeita Bloc J

N° 57 - Casablanca

Patente N° 36616612



نظارات نجاة

بيع و إصلاح النظارات

شارع موديبوكيتا بلوك (ج)

رقم 57 - الدار البيضاء

الباتنتا : 36616612

FACTURE

N° 001041

Casablanca, le :

M : Yasmine Essoukri Doit

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :

Verres :

VI :

OD :

OG :

VP :

OD :

OG :

Total :

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Signature

Signature