

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

- Reclamation : 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 Avenue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.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° W21-823000

18/5/15

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8808 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) Autre : Kthouyi Samira
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 066553288 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL ABIDI
Ophtalmologiste
Andalous III Résidence Jasmine 5
Appt 6 - Bouskoura
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Lunettes (VL + VP)
 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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/10/2023			250 DH	INF: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

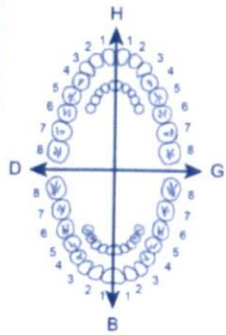
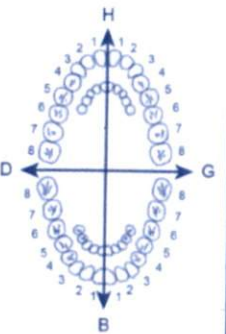
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
19/10/2023						1650 DH

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

						COEFFICIENT DES TRAVAUX															
							MONTANTS DES SOINS														
							DEBUT D'EXECUTION														
							FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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	
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D	G																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					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 ABIDI INAS

Ophtalmologue

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca



Ophtalmo Bouskoura

الدكتورة العابدي إيناس

طبيبة وجراحة العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

16/10/2023

Mme Kouyyi Samira

Lunettes pour VL :

$$| ODT = +1,5D$$

$$| OC = +1,25D$$

en VP : $+2,25D$ (ODC)

رياض الأندلس إقامة الياسمين 5 الطابق الثاني شقة رقم 6 - بوسكورة

Riad Andalous III, Résidence Jasmins 5, étage 2, N° 6

(à côté de Carrefour Market) Route 3011, Bouskoura

☎ 05 22 59 01 97 / 06 96 30 40 78 - ✉ ophtalmobouskoura@gmail.com

FACTURE

CLIENT: KOUYYI SAMIRA
 OPHTALMO: EL ABIDI INAS
 DATE DE PRESCRIPTION: 15/05/2023
 OPTICIEN(NE): TREND OPTIQUE

DATE FACTURE : 19/10/2023

NUMERO : 0221/23

Désignation		Qté	Prix TTC
LOIN:			
	MONTURE	1	300.00
OD	+1.50	1	325.00
OG	+1.25	1	325.00
PRES:			
MONTURE	MONTURE	1	300.00
OD	+3.75	1	200.00
OG	+3.50	1	200.00
	ADD: OD: +2.25 OG: +2.25		
Total HT		TVA 20%	Total TTC
1 375.00		275.00	1 650.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS .TTC.

TREND OPTIQUE SARI
 6, rue du Ghazal, Casablanca
 Bouskoura - NEJMA
 RC: 50921 - 50921

N°6 IMM 10 GH 1 DIAR ANDALOUS 3 BOUSKOURA - CASABLANCA
 Tél : 0674074111 Email: trendoptic10@gmail.com
 INPE: 095029336 TP: 32902576 RC: 500921
 ICE: 002780061000057 IF: 50189497 SGG: 8062