

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-000787 188669

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3026 Société : -

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUSSADARA Mostafa

Date de naissance : 29/12

Adresse : -

Tél. : 06 61 59 17 28 Total des frais engagés : 2930 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Louana KHATAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

Date de consultation : 06 DEC. 2023

Nom et prénom du malade : BOUSSADARA Mostafa 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 Le : 27.12.23

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 Paiement des Actes
06/12/23		C2	300 DH	

DR. LOUBNA EL AYARI
OPHTALMOLOGISTE
 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
 Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
 Tél: 05 33 68 01 41 01

091 08124 =

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL FARAJI 66, Bd Lieutenat Dehouche Tél : 05 33 68 01 41 01	6/12/23	13.900

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

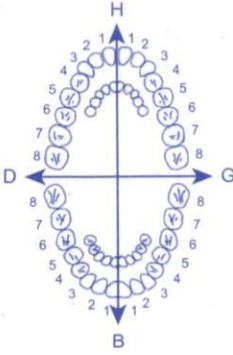
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OMABEL OPTIQUE 10, Bd. Allal El Fassi - Oujda Tél: 06 39 05 62 68	20.12.2023					2500.00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	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

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin a l'hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le: 06.12.23. : الدار البيضاء في

رخصة السياقة

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

Oeil DROIT

+ 2,50 (- 0,50, 95°)

Oeil GAUCHE

+ 2,75 (- 0,75, 85°)

ADDITION VISION DE PRES

+ 2,00.

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Pal Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

PHARMACIE EL FARAJ
66, Bd L. Benboucin
Tél: 05 22 95 68 61 41 Oujda

HyFresh

Lot: 000
Fab: 12 22
Exp: 12 25
PPC: 130 DH 00

05 22 95 12 89 : الهاتف - الدار البيضاء - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني - المنصور - إقامة الأنفال - 235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im . " A " Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - T





OMABEL OPTIQUE

Opticien Optométriste

Lentille de contact

FACTURE

NBLOC 31 N3 BD ALLAL EL FASSI OUJDA

Gsm : 06 39 05 62 68

N° 004526

RC : 39881- Patente : 10502267

ICE : 003133940000018

I.F : 52627067- CNSS : 4362376

Date: 20.12.2023.

Monsieur (Mme):

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: {OD: -0.50 OG: -0.75	95 85	+2.50 +2.75	2	1000.-	2000.-
VP: {OD: OG:					
ADD: 0.60 + 2.50					
<p>OMABEL OPTIQUE Opticien Optométriste Lentille Allal El Fassi, Oujda BLOC 31, N°3 BD. Allal El Fassi, Oujda Gsm: 06 39 05 62 68</p>			<input checked="" type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER		
			<input type="checkbox"/> UNIFOCAL		
			<input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE		
			<input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input checked="" type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU		
			<input type="checkbox"/> 1,5 <input checked="" type="checkbox"/> 1,6 <input type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74 <input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
MONTURE OPTIQUE					
<input type="checkbox"/> METAL					
<input checked="" type="checkbox"/> PLASTIQUE					
1	500.-	500.-			
TOTAL					2500.-

Arrêtée la présente facture à la somme de:

deux mille cinq cents DH