

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 (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° W19-443251

ND. 35871

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SHAMI FATIMA

Date de naissance : 01-07-1958

Adresse : R. SANAA, Bd Boulogne N° 130, CASAB

Tél. 0605904320 Total des frais engagés : 4472,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin DR. AOUFOUCHI

Ophthalmogiste

Cachet du médecin : Hay Sadri, Av. Maati Ben Ziad, Imm. "D" N° 7 - Casablanca

Date de consultation : 01 JUL 2020

Nom et prénom du malade : SHAMI FATIMA Age : 1958

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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 : CASAB Le 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
01 JUL 2020	Soif		250	INP : 091011177 Dr. AOUFOUCHI Ophtalmogiste Hay Sadil, Av. Maati Ben Ziad Imm. "D" N° 7 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/08/2020	22,60

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	
	01/08/2020					4200

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

FOUAD OPTIQUE

SARL

OPTICIEN

Facture N° :

Le : 08/07/2020

Doit: **SHAMI FATIMA**

Vision de Loin :

Verres : ORGANIQUE ANTI REFLET ANTI UV

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+0.25	+0.75	20	1 000,00
O-G :	+0.50	+0.50	170	1 000,00
Add.				

Monture: PLASTIQUE

800,00

Vision de Prés:

Verres : ORGANIQUE BLANC

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+3.25	+0.75	20	400,00
O-G :	+3.50	+0.50	170	400,00

Monture: plastique

600,00

Total : **4 200,00**

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Quatre Mille Deux Cent Dirhams

Mode Règlement : Espèces

INPE : 095022752

FOUAD OPTIQUE - SARL
OPTICISME OPTOMETRISTE
Angle Bd. Okba Ibn Nafia & Rue 4
Rés. Daoudia N° 7 - Hay Massira 2
Tél : 05 22 71 68 06

Docteur M. AOUFOUCHI

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux
Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact...
Chirurgie de la Myopie

Casablanca, le 01 JUL 2020

الدكتور م. أوفوشي

أخصائي في أمراض وجراحة العيون
جلالة - الزرق - الحول
مسالك الدموع - انجيوكرافيا
الليزر - العدسات اللاصقة ..
جراحة عيوب البصر

الدار البيضاء، في

SITAM FATHIMA

en l'absence de la

en +0.25 (+0.75 à 20) -
ou en +0.50 (+0.5 à 40) -

un verre 3.00

22,60

Fluon collyre -

à 3.00



FOUAD OPTIQUE - SARL
OPTOMETRISTE
Rue Maâti Ben Ziad N°7 - Hay Hassira 2
Tél: 05 22 71 66 06



Fluon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
ppv : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

Dr. M. AOUFOUCHI
Ophthalmologiste
Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Tél.: 05.22. 71.95.56
Imm. "D" N°7 - Casablanca

05.22.71.95.56 : الهاتف - الدار البيضاء - عثمان - المركب الخيري بن امسيك سيدي عثمان - شارع المعطي بن زياد - عمارة "د" رقم 7 - حي الصدري - Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Tél.: 05.22. 71.95.56

Tél.: 06 39 81 02 94 /95