

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 - Tel : 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

N° W19-547975

38418

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06367 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JELWUL MOHAMMED
 Date de naissance : 05/10/1963
 Adresse :
 Tél : 06 26 00 66 83 Total des frais engagés : 1309,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/08/2020
 Nom et prénom du malade : JELWUL MOHAMMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 04/10/2020

02 SEP. 2020

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
26/08/2020		200		

Dr. Bouachra Aghaoui
Omnipraticien
Résidence Fatouk, 11m 12 N° 2
Hay Mly Abdallah Bd. Al Qods
Casablanca
Tél: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 99 06 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
26-08-2020	1050,00,	
24/10/20	99,00	

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NACHAT Bouchaib

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd
20 Aôut Casablanca

- Membre de la société européenne de la chirurgie réfractive (Lasik)
- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



الدكتور بوشعيب نشاط

اخصائي في أمراض و جراحة العيون
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
20 غشت بالبيضاء

- عضو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون
- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر
- المستعجلات

ORDONNANCE

Casablanca 24/08/2020.....

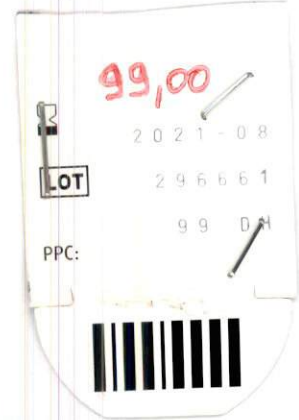
Enfant JELLOUL Mouad

99.00

- HYLOFRESH COLLYRE



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



PHARMACIE & PARA ACIMA INARA
24/08/2020
Lot: 296661
Ain Chock N° 86
CASABLANCA

Dr Bouchaib NACHAT
Ophtalmologiste
Résidence Fathe 1 Imm 12 N° 2
Hay Mly Abdellah Bt. Al Qods
Ain Chock - Casablanca
Tél.: 06 22 21 25 15 - 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa

Tél.: 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat-b@hotmail.fr

Dr. NACHAT Bouchaib

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd
20 Août Casablanca

- Membre de la société européenne de la chirurgie réfractive (Lasik)
- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



الدكتور بوشعيب نشاط

اخصائي في أمراض و جراحة العيون
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
20 غشت بالبيضاء

- عضو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون
- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر
- المستعجلات

ORDONNANCE
24/08/2020

Casablanca le :

Enfant JELLOUL Mouad

PAIRE DE LUNETTE + MONTURE

DE LOIN

AR

Oeil Droit : + 0,25

Oeil Gauche : + 0,25

L'ART DE VOIR
Bd. El Qods Addamane 5
N° 1 L15 Ain Chock - Casablanca
Tél.: 06 22 21 25 15 - 06 61 98 66 06

Dr Bouchaib NACHAT
Ophtalmologiste
Résidence Fatch I. Imm 12 N° 2
Hay Mly Abdellah Bd. Al Qods
Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat-b@hotmail.fr

BD EL QODS ADDAMANE 5 N 1L25 AIN CHOK

20460 CASABLANCA TEL :0522523940

E-mail : artdevoiroptic@gmail.com

CNSS : 7258470 – RC : 150711 – IF : 2261414

PATENTE : 34090569

ICE : 000164795000022- INPE : 095003547

FACTURE N°00138/2020**Mr/Mme : JELLOUL MOUAD**

Désignation	Qté	Montant TTC
MONTURE : métallique	1	450.00
VERRE : organique blanc 1.5antireflet	2	600.00

Nomenclature : 400x 2

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
OD	+0.25	-	-	-
OG	+0.25	-	-	-

Total HT : 875.00**TVA (20%) : 175.00****Total TTC : 1050.00**

La présente facture est arrêtée à la somme de : mille cinquante dirhams.

Païement : cheque

L'ART DE VOIR S.A.R.L
Sd. El Qods Addamane 5
20460 AIN CHOK - Casablanca
Tél : 0522523940