

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

- 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 (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° P19- 062306

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3243

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUBAKKIR FATIMA

Date de naissance : 18.12.57

Adresse : 10 RUE AN AOUJA Qu Racine
CASABLANCA

Tél. : 0661087017

Total des frais engagés : 2900,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. MORAFIQ
OPHTALMOLOGISTE
Agrément pour Permis de Conduire
Bd. Mohamed VI, Rés. Majid 1
Casablanca - Tél. : 05 22 81 73 33

Date de consultation : 14 Sept 2020

Nom et prénom du malade : MOUBAKIR FATIMA

Age : 63

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : vice de Refraction

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 : 14.09.2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)



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
14 SEPT 2020			cash	Dr. A. MORAFIQ OPHTALMOLOGISTE Agrément pour Permis de Conduire Bd. Mohamed VI, Rés. Majid 1 Casablanca - Tél: 05 22 81 23 33

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIMA VISION OPTICIEN Rue Abou Karem Kotbari PC : 297952 Tél : 06 33 43 63 80	14/09/2020					290000HJ
						cf facture sur

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 canalaires, ainsi que le bilan

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																
	<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																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. MORAFIQ

Ophthalmologiste

Chirurgie de Cataracte - Glaucome

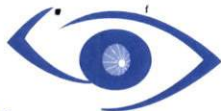
Strabisme - Voies lacrymales

Paupières - Lentilles de Contact

Angiographie - Laser

Casablanca, le

14 Sept 2020



الدكتور ع. مرافق

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق (ضغط العين)

الحول - مسالك الدموع - جراحة الجفون

العدسات اللاصقة - تصوير شبكة العين

العلاج بأشعة الليزر

الدار البيضاء، في

M^{me} MOUBAKKIR FATIMA E. BELKBI R

Lunettes v loïn

OD +1,75

OA +2,5 (70° - 0,5)

Lunettes v pres

ODG +2,75 Add progressifs

verres progressives

anti reflex

OPTIMA VISION
OPTICIEN

Rue Abou Hedem Kotbari

RC: 292952

Tél: 06 38 23 63 80

Dr. A. MORAFIQ
OPHTHALMOLOGISTE

30 Avenue pour Permis de Conduire

Vl, Res. Majid 1

05 22 81 23 33

شارع محمد السادس - إقامة ماجد 1 الطابق 2 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 81 23 33

Bd. Mohamed VI - Résidence Majid 1 - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél.: 05 22 81 23 33

Optima Vision

Angle Rue Abou Kacem Kotbari
Et Place du Marché Badr – Bourgogne-
Casablanca – Maroc –
Gsm : 0633236380
Fax : 0522 471522

M^{me} MOUBAKKIR FATIMA ep BELKHIR

Casablanca le, 14 SEPTEMBRE 2020

FACTURE N°: 704/20

Intitulé	Quantité	Prix
MONTURE OPTIQUE	1	1000,00
VERRE PROGRESSIF ORG BLE N=1.6 OD = +1,75 ADD = +2,75	1	950,00
VERRE PROGRESSIF ORG BLE N=1.6 OB = +2,75 (-950 x 70°) ADD = +2,75	1	950,00
T.T.C		2900,00
REMISE		
TOTAL		2900,00

Arrêtée la facture à la somme de : Deux Mille Neuf Cents 00/100

DATE LE 14/09/2020

OPTIMA VISION
OPTICIEN
Rue Abou Kacem Kotbari
RC : 292952
Tél : 06 33 23 63 80

Optima Vision

I.F : 40503182 – Patente : 35601915 – RC : 292952 ICE : 000441780000030