

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 (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° W19-577523

47658

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11615 Société : MUPRAS
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ELIDRISSI STANE
 Date de naissance : 06/01/1971 NOV 2020
 Adresse : CASA
 Tél. : 0661062069 Total des frais engagés : 1300,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAOUIS
Professeur en
Sise à 76 Boulev
Résidence

Date de consultation : 13/10/2020
 Nom et prénom du malade : KERCHOUR ZAINAB Age :

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

Nature de la maladie : Amétropie

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 13/10/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

| | | | | |
|------------|---|---|-----|--|
| 13/10/2020 | C | 3 | 300 | <p>Dr. LACROIX</p> <p>INP: 0941156989</p> <p>Professeur en Odontologie</p> <p>Sise à 76 Boulevard Abdoumoumen</p> <p>Résidence Boukoubia</p> <p>Casablanca - Tél/Fax: 0522.99.46.0</p> |
|------------|---|---|-----|--|

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 Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |

OPTIC BADA

Nouvelle Ghira Maroc

Rue des Anglais - Casa

Tél: 0522-22-50-20

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

| Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|----------------|------------------|-------------|
|----------------|------------------|-------------|

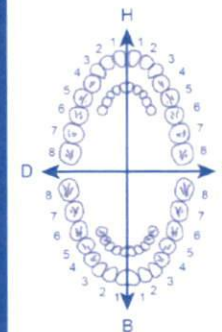
INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | | G | |
|----------|----------|----------|----------|
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 | | |

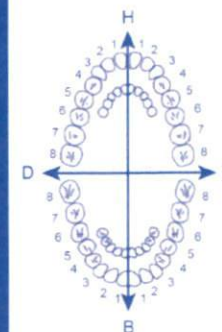
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en ophtamologie
maladies et chirurgie des yeux
Ex professeur à la faculté de médecine
et de pharmacie de CASABLANCA
Ex attaché au CHU de nantes (France)
Agrée en Médecine Aérospatiale
microchirurgie de l'oeil
strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - laser - lentilles de contact
chirurgie réfractive

الأستاذة لعويسي. ن

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca, le 13/10/2020

KERCHOUB FAÏNAB

lunettes

OD (30° - 925) - 9,50

OG - 9,50

OPTIC BADR
Nouvelle Bhir N°55
Rue des Anglais - Casa
Tél: 0522-22-50-20

Dr. LAOUISSI
Professeur
Sise à 76 Bd
Résidence
Casablanca - Tél.



رقم 55 درب الإنجليز - الدار البيضاء

س, ت : 260166 - الهاتف : 05 22 22 50 20

N° 55 Rue des Anglais - Casablanca

R.C. 260166 - Tél : 0522 22 50 20

PATENTE N° : 39813945

Rue des Anglais, Casa 0522 22 50 20 062

Casablanca, le 10.11.2020

N° 003199

M. KERCHAOUB ZAINAB Doit

| N° DE NORMENCLATURE CORRESPONDANTS A LA PRESCRIPTION DU | Vision de loin | Vision de Près | Progrissif | SUPPLEMENT |
|---|----------------|----------------|------------|------------|
| O.D. 407 | O.D. 1 | O.D. 1 | | |
| O.G. 400 | O.G. 1 | O.G. 1 | | |
| Docteur A | | | | |

| FOURNITURES : | | |
|--|-------|--------|
| Montures OPTIQUE | | 350.- |
| Verres organique AR | | |
| D (30° - 0.20) - 0.50 | | 350.- |
| O.G. - 0.50 | | 300.- |
| OPTIC BADR Nouvelle Bhira N°55 Rue des Anglais, Casa Tél: 0522-22-50-20 | TOTAL | 1000.- |

Arrêté la présente Facture à la somme de : mille dūh