

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

- 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° W19-414634

50086

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Merzouki Idrissi Mohamed

Date de naissance : 09/03/1970

Adresse : N° 6 Imb B bloc 17 Résidence Chabab

Ain Sebae Casablanca

Tél. : 0643960102 Total des frais engagés : MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : ALLAL Jalila Age :

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

Nature de la maladie : Lutte de corréction

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.

Je soussigné(e) soussigné(e) ci-dessus, titulaire des renseignements portés sur la présente déclaration, je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 04 DEC 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
24/12 2020	①		200 200	INF: 09N16900 [Signature]

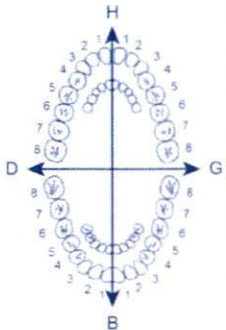
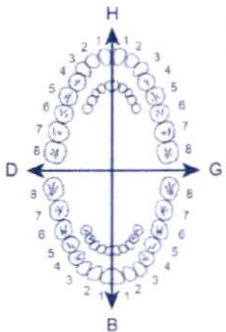
[illegible][illegible][illegible]

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 :
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casa Le :20/11/2020.....

Mme Alloul Jalila

Lunettes pour VL et VP (Verres + Monture)

VL OD : -0.75 (95° -1.25)
OG : -1.5 (75° -0.75)

VP OD : add+1.75
OG : add+1.75

Rachad Optic
Bd Abi Der A Ghafar
Katafa Rue 45 N°8
sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 73 32 03

Handwritten signature in blue ink.

Dr. ESSADKI Fahd
Ophtalmologiste
Ain Sbâa - Casablanca
Tél : 0522 76 75 50 / 06 98 97 38

Rachad

- OPTIC -

Optique Optométrie - Lentilles de contact
Bd Abou Dar Ghafari ex E, rue 45 N° 8
Sidi Bernoussi Casablanca (à côté de café Safir)
Tél: 0522733203 Mobile: 0634667216

Patente : 31611162

ICE : 001932476000030

IF : 40419071 INP : 095018594

FACTURE

N° FA211120202676

Casablanca le: 21/11/2020

Prescripteur

Docteur : FAHD

Date ordonnance : 20/11/2020

Client

Nom & Prénom : ALMOUL JALILA

Adresse :

OD	Sphere	Cyl.	Axe	Add	Prisme	Base
Loin	-0.75	-1.25	95°	+1.75		
Interm						
Près	+1.00	-1.25	95°			

OG	Sphere	Cyl.	Axe	Add	Prisme	Base
Loin	-1.50	-0.75	75°	+1.75		
Interm						
Près	+0.25	-0.75	75°			

Référence	Désignation	Montant HT
1	Verre : ORGANIQUE MTC AMINCIS	500.00
3	Verre : ORGANIQUE MTC AMINCIS	300.00
2	Monture : PLASTIQUE	700.00
4	Monture : METALIQUE	150.00

Total HT	1 650.00
TVA	330.00
Total TTC	1 980.00

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Rachad Optic
Bd Abi Der Al Ghafar
Katafa Rue 45 N° 8
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05 22 73 32 03