

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TROUVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Situations 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.

Médecine 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

Reclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Avenue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hippodrome



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W19-525114

Maladie

Dentaire

23820 Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) **05787** Société : **Ram**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **OULYATI HALIMA**

Date de naissance : **06/11/1957**

Adresse : **67 BLANCAZI n°138 Dar Bouazza -**

CASABLANCA

Tél. **066278342** Total des frais engagés : **3.200,00**

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelwahab TAKADOUUM
Ophthalmologiste
304, Bd. 2Mars - Casablanca
Tél. : 0522 82 83 96/0527 29 10 55

Date de consultation : **24 FEV 2020**

Nom et prénom du malade : **OLYATI HALIMA** Age : **63**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Maladie Chronique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Maladie Chronique**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. **05 MARS 2020**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **ROYAL AIR MAROC** Le : **05 MARS 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **OLYATI HALIMA**

RELEVE DES TRAUX ET HONORAIRES				
Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
FEV 2020	5	3000	INP : 09M320215M Dr. Abdelwahab TAKADOU Ophthalmologiste 2 Mars - Casablanca 10527 29 10 5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

achet et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
NETTES Rue des Angoissés BMR CASA 2 ANCA	07/03/20					2300.-

Cachet et signature du Particulier

RELEVE DES TRAITS ET TRAITEMENTS																				
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 canalaires, ainsi que le bilan																				
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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D		B	
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	35533411	11433553																	
D		B																		
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Dr. Abdelwahab TAKADOUM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste Titulaire du C.E.S.
de la Faculté de Médecine de PARIS
Ex. Attaché Assistant aux Hôpitaux de Paris

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

LASER-ANGIOPHARIE

LENTILLES DE CONTACT

Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور عبد الوهاب تقدوم

اختصاصي في طب العيون

حاصل على شهادة الدراسات العليا من كلية الطب بباريز
طبيب ملحق بمستشفيات باريز سابقا

أمراض و جراحة العين

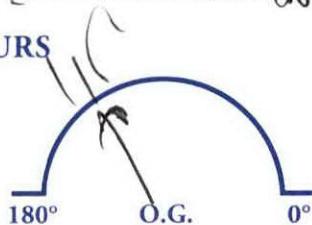
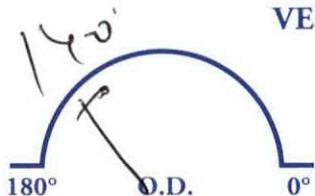
العلاج بأشعة الليزر

العدسات اللاصقة

خبير محلف لدى المحاكم

CASABLANCA, LE : **12.4.2020**
Mr : OULATA KMC

VERRES CORRECTEURS



Vision de loin : O.D.

+1,25 (040 - 0,4)

O.G.

+1,00 (025 - 0,2)

Vision de près : O.D.

) Modulo + 2,00

O.G.

Monture

Teinte

Progressif

LUNETTES ISLAM
104, Rue des Anglais, Bihira Jadiha
CASABLANCA

Dr. Abdelwahab TAKADOUM
Ophthalmologiste
304, Bd. 2 Mars - Casablanca
Tél. : 0522 82 82 00 / 0527 24 10 55

Rapporter le présent Bulletin chaque fois que l'on vient consulter

304, شارع 2 مارس الطابق الأول (قرب مسجد السنة). فوق التجاري وفا بنك
304, Bd. 2 Mars 1^{er} étage (près de la Mosquée Essounna), Au dessus de Attijari Wafa bank

الهاتف : 05 22 82 93 96 / 05 27 29 10 55



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture : 3678

Casablanca, le

05/03/2008

M

OLIMATI HAIMAT

Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
P. Me qui my Augment que AR	OD / OG	OD / OG	OD / OG	OD
Monture	Métal	Plastique		
V.L. : - OD	1400 - 025 + 1.80		1	7000
- OG	1100 - 025 + 1.50		1	11000
V.P. : - OD			1	11000
- OG			1	11000
ADD. /	+ 250 d/c			
TOTAL				29000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Meilleur best du - Deux mille