

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.

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 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

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

60039

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012708

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ROKBI SAID Société : AL8046

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

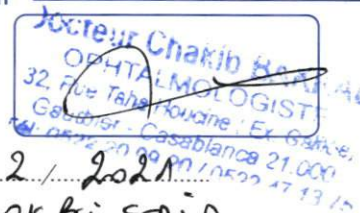
Nom & Prénom : ROKBI SAID Date de naissance :

Adresse : M/M

Tél : 0677444580 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/02/2021

Nom et prénom du malade : ROKBI SAID Age :

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

Nature de la maladie : Oculaire

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 : 13/02/2021 CASABLANCA Le : 13/02/2021

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
13.02.2021	C3		21,21	

Dr. Mohamed Elmaghrabi
OPHTALMOLOGISTE
 12, Rue Tahar Khoukri
 Gaubier - Casablanca 21.000
 0521 21 00 20 / 0521 47 12 74

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
		A M	P C	I M	I V	
	17/02/2021					

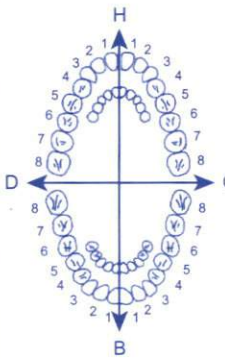
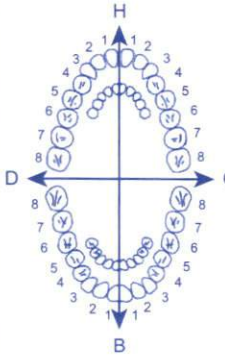
Optique AZHAR
 Vision
 Opticien - Optométriste
 17/02/2021

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX														
	<table><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		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Docteur Chakib BAKKALI

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

32, Rue Taha Houcine (Ex. Galilée) - Gauthier

20 060 Casablanca

Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

الدكتور مكيب بقاللي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

عضو في الجامعة الفرنسية لأمراض العيون

32. زنقة طه حسين (كليلي سابقا) - كوتي

20060 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

الفاكس : 05 22 47 13 75

Casablanca, le **13 Février 2021** في الدار البيضاء،

Mr. ROKBI Said

**Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets**

VL :

OD = - 0.50 (- 0.50 à 170°)

OG = - 0.50 (- 0.50 à 170°)

VP :

ODG = Add : + 2.25

Optique AZHAR
VISION
Opticien Optométriste

Docteur Chakib BAKKALI
OPHTALMOLOGISTE
32, Rue Taha Houcine / Ex. Galilée
Gauthier - Casablanca 20 060
Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75



Optic Azhar Vision

Opticien - Optométriste

Facture : N° 003602

Date : 17/02/2022

Mr. :

REKBI SAID

Docteur :

CHAKIB BAKKAR

Type des Verres :

progressifs Antireflets
bleu

Monture :

optique plastique

1000,00

* Vision de Loin :

OD

Axe

170°

Cyl

-0,1

Sph

-0,1

1100,00

OG

Axe

170°

Cyl

-0,1

Sph

-0,1

1100,00

* Vision de Près :

OD

Axe

—

Cyl

—

Sph

—

OG

Axe

—

Cyl

—

Sph

—

Add : +2,25

Montant : 4000,00 DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : quatre
mille dinars

Optic Azhar Vision : Annajd - Casablanca

N° : 428 - Patente : 42281645 - ICE : 001591291000011 - R.C : 264141