

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° W21-611610

61283

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1983 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KHAIR EDDINE Ahmed

Date de naissance : 30/06/1944

Adresse : Résidence du Palais Rue Yasmine Im H
étage 3 Beauxjourn Casablanca

Tél. : 06 9681 32 67 Total des frais engagés : 3158,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. RACHID ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

Date de consultation : 26 FEB. 2021

Nom et prénom du malade : SABITI MALIKA Age: 62

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

Nature de la maladie : Confection optique

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 : 26 / 02 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
17-02-21		5	300 000	INP 01-06-09-19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOU... 67... M... Té... Patente: 34808192	17-02-21	158,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

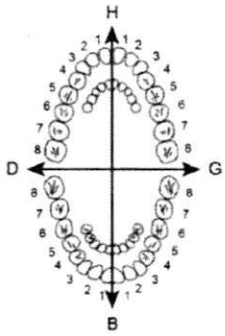
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/2/21		22			27 000,00

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 : <input type="text"/>														
																		
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		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA
Centre d'Ophtalmologie
Docteur Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitreo - rétinienne



مصلحة المدينة
مركز أمراض وجراحة العيون
الدكتور رشيد زفاض
إختصاصي في طب العيون
خريج كلية الطب بباريس
جراحة الجسم الزجاجي والشبكية

ORDONNANCE 17 février 2021

Mme SABILI MALIKA

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = - 0.25 (- 0.75 à 80°)

OG = + 2.25

VP : ODG = Add : + 3.00

Handwritten signature in blue ink.

DR. RACHID ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophthalmologie

Docteur Rachid ZAFAD

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitreo - rétinienne



مصحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور رشيد زفاض

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكية

ORDONNANCE 17 février 2021

Mme SABILI MALIKA

158.00

1/ CATIONORM



1 goutte 3 fois par jour, pendant 3 mois

PPC 158,00 DH

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beausejour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808107

DR. RACHID ZAFAD
Ophthalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca



sumica optique

مرسوميطا نظارة

ICE: 00 174 0389 000080

Casablanca, le 25/2/2021

TAGNAOUTI A.

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél.: 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

Casablanca - Maroc

FACTURE 029457

Dr. ZAFAN

M. SABIT
MAZIK

Vision de loin

Vision de près

OD : cyl sph

OD : cyl sph

OG : cyl sph

OG : cyl sph

Double Foyer

OD : cyl (80 - 0.75) sph - 0.25 Add + 3

OG : cyl sph + 2.25 Add + 3

Quantité :	Désignation	Prix
	MONTURE	
	2 VERRES progressif organique	2700
	Blanc + traitement 7 ans de	
	reflet miroir 1.6 no. norme de	
	og : 432 o G : 429	
Montant en lettre	TOTAL	2700,00

Deux mille

TOTAL

2700,00

Cachet, signature

sumica optique
TAGNAOUTI A.

7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 27 33 83

PATENTE N° 33105988