

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostic 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° P19- 060263

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2374

Société : CA 699

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAROUK HAFIDA

Date de naissance : 1-1-53

Adresse : Résidence Yasmine Apt H 1a - MAËRIF

Tél. : 0661 216286

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kaouthar DGADIC
Ophtalmologiste
105, Palmier Dr. Brahim Boukhalil, Centre
Santé, Apt. 3 - Tel : 05 22 22 78 18

MUPRAS
2 MARS 2021
ACCUEIL

Date de consultation : 16 / 02 / 2021

Nom et prénom du malade : FAROUK HAFIDA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection 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 :

Le : 02 / 03 / 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
16/02/2021	C + K	1	300,00 dh	Dr. Kaouther Oualid Ophthalmologue 265, Palmier Bd. Brahim Roude - Entrée D1 1 ^{er} Etage, Appt. 3 - Tél : 0522 53 20 55 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIQUE EL FATHI Bd. Mohammed VI - N° 83 Pâtisserie 36616610 CASABLANCA	16/02/2021	7400,00 dh

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
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Kaouthar DGADEG

Spécialiste en Maladies de Chirurgie
des yeux de l'Adulte et de l'Enfant

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme • Glaucome • Laser
- Angiographie • OCT



BLANKA VISION
CABINET D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة كوثر الدكاك

إختصاصية في أمراض و جراحة
العيون للكبار و الأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول • الرزق • الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le 16/02/2021

M^r FAROUK HAFIDA

OPTIQUE EL PATH
Bd. Mohammed VI - Casablanca
Rég. Com. 2016016
CASABLANCA

Monture + Verres correcteurs:

VL { OD: +4,00 (-4,75 à 70°)
OG: +3,25 (-4,50 à 80°)

+additifs en VL: +3,00 D, ODG

Progressifs, anti - lumière bleue.

Dr. Kaouthar DGADEG
Ophtalmologiste
Rég. Méd. 2016016 - Entrée B9
Rég. Com. 2016016 - Entrée B9
Rég. Prof. 2016016 - Entrée B9
Rég. Appr. 2016016 - Entrée B9
Casablanca

إقامة النخيل - 285، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1، شقة 3 - الدار البيضاء.
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim Roudani - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca
Email : blankavision@gmail.com : البريد الإلكتروني - Tél : 0522 988 866 : الهاتف

OPTIQUE EL FATH

Le: 16/02/2021

Facture N°F2002000318

Mme FAROUK Hafida

Quantité	Désignations	Prix Unitaire TTC	Prix Global TTC
1	Monture Optique	2200.00	2200.00
2	Verres correcteurs organiques progressifs amincis anti-reflets OD :+4.00(-1.75à70°) OG :+3.25(-1.50à80°) ADD :+3.00	2600.00	5200.00
			7400.00 DHS

Modalité de paiement : Espèces

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept mille quatre cent dirhams .

INPE :001819152

OPTIQUE EL FATH
Bd. Moudibokeita Bloc « J » N°83
Casablanca 36616616
CASABLANCA

Siège Social: BD.MOUDIBOKEITA, BLOC « J » N°83 CASABLANCA
R.C : 377480– Taxe Professionnelle: 36616616 – I.F : 40178251
ICE : 0008056000089