

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° W21-615616

72408

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12697 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUDYI Mohammed Amine

Date de naissance : 13/05/1985

Adresse : 123 Boulevard d'Alexandre, Apt 7

Any blvd Anoual, Casablanca

Tél. : 0671113418 Total des frais engagés : 2750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

INPE 141201525
Dr ALAOUI ISMAILI Abdellah
OPHTALMOLOGUE
6, bis AV. Ahmed Chaouki - FE
Tél. 05 35 94 00 04

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : Loudyi Mohammed Amine Age : 36

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

Nature de la maladie : ophtalmologie

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 : 07/07/2021

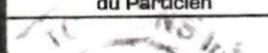
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
7-8 JUNE 2021	CS		250,00	<p>INPE 141201525</p> <p>INPE 141201525</p> <p>Dr ALAOUISMALI Abdellah</p> <p>OPHTALMOLOGUE</p> <p>6, bis AV. Ahmed Chaouki - FES</p> <p>Tel: 05 35 94 00 04</p>

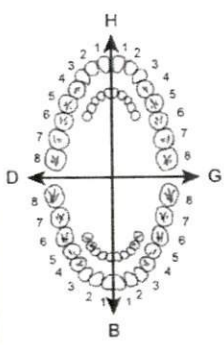
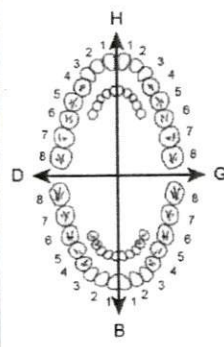
[illegible]

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	
	25/06/2022		10	10		2500,00

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
					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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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 profession																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>															
			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

18 juin 2021

Mr. LOUDYI Mohammed Amine



Monture + verres correcteurs pour VL
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 1.50 (- 1.75 à 13°)

OG = - 1.75 (- 3.00 à 163°)

INPE 141201525
Dr ALAOUI ISMAILI Abdellah
OPHTALMOLOGUE
bis Av. Ahmed Chaouki - FES
Tél. 05 35 04 10 04

© email : alaouiabdellah@hotmail.com

☎ 0535940004 - 0661828986 - 0664482678 - 0661720873

Espace Bureaux La Fontaine 6 bis Av Ahmed Chaouki sur Av des FAR en face café odyssee FES

📍 مكاتب لافونتين شارع الجيش الملكي أمام مقهى أوديسي - على شارع أحمد شوقي - فاس

جمعية مهنية لصانعي وبائعي الآلات البصرية بالمغرب
ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

DATE: 25/06/2021
NOM: M. Loudyi Mohammed
ADRESSE: Amine
VILLE: Fes



Prescription médicale du porteur

Nos de nomenclature

I.C.E.: 000091412000041
I.U.P.E.: 145013538

Prescription Docteur	Loin	OD: -1.75 @ 13°	Réf
	OG	-3.00 @ 163°	Réf
Près	OD		Réf
	OG		Réf

FOURNITURES:

Montures: optiques
Verres: 1.67 organiques
Anti Reflech

P.U.	P.T.
6000.00	1000.00
750.00	1500.00
TOTAL	2500.00

La présente facture TTC arrêté à la somme de

Deux Mille Cinq cent Dhs