

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.

Optique 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.

Prothèse 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

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- 0033769

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : SERBOUTI Abdelkader

Date de naissance : 15/02/59

Adresse : HAY AWELAA, Tranche 13 Imm 23 N° 14 ATTACHOROUT
CASA

Tél. 0606181474 Total des frais engagés : 250 + 80 + 3500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : SERBOUTI ABDEL KADER Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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
30/06/21			256,100 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30-06-21

80.00

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
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

NASSER OPTIC
Opticien - Optométriste
Lot Hay Rahman, Rue 14 - N° 24
Sidi Moumen - GSM: 06 95 51 14 68

30/06/2021

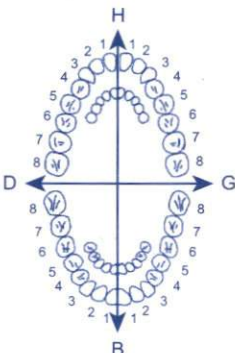
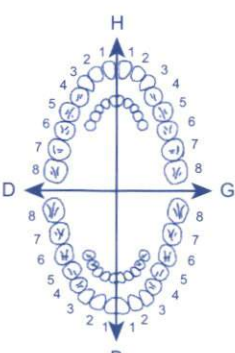
3.500,00 DHS

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghizlane EL HOUARI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



د. غزلان الهواري

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : **30 juin 2021** : **الدار البيضاء، في**

Mr. SERBOUTI Abdelkader

**Monture + verres correcteurs progressifs
photogris Amincis**

VL : OD = + 0.75 (- 1.00 à 85°)

OG = + 0.25 (- 0.75 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.75

Respecter svp le centrage

80.00

1/ NAVITAE PLUS COLLYRE

1goutte 4 fois/jour, dans les deux yeux, pendant 1



NASSER OPTIC
Opticien - Optométriste
Lot Hay Rahmani Rue 14 - 14° 24
Sidi Moumen / GSM 06 95 51 14 68

PHARMACIE ALI EL HACHOUX
Hay Waba Tr. 2 Im. 48 - Casablanca
Tél: 05 22 70 98 48
ICE: 000 88 78 80 00 00 82

شارع محمد الزفزاف. رقم 53. الطابق الأول سيدي مومن
(أمام محطة الطرامواي التشارل) - الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N°53, 1er Etage - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com - 0522 70 01 57 : الهاتف

Facture N° : 0001183

Date Facture : 30 / 06 / 2021

Prescription:

OD: +0.75 (-1.00 @ 85°)
OG: +0.25 (-0.75 @ 85°)
ADD: +2.75

Ophtalmologue : ELHOUARI Ghislane

Client : SERBOUTI Abdelkader

Quantité	Désignation	Nomenclature	Prix TTC
01	Monture : optique perçée	01	500,00 Dhs
02	Verres : VL ODG: Progressif Romannique AR 1.6 Amincis VP ODG: _____ VL <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> Progressif <input checked="" type="checkbox"/> D.F <input type="checkbox"/>	OD : 1.31 OG : 1.31 OD : _____ OG : _____	3000,00 Dhs _____ Dhs
TOTAL			3500,00 Dhs

Arrêtée la présente Facture à la somme de : Trois mille cinq cent Dhs

Patente : 33000526 IF : 26052753 ICE : 002113394000067

Adresse : Hay rahmani rue 14 N°24 Sidi Moumen-Casablanca Tel : 0695.511.468 Email : nasser.optic@gmail.com

NASSER OPTIC
Opticien - Optométriste
Sidi Moumen
Rue 14 - N° 24
06 95 51 14 68
Payement en Espèces