

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° W21-622148

ND: 81574

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0287 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : EPOUSE
 Nom & Prénom : KISSI RABIA (EP REZKI)
 Date de naissance : 06/03/1946
 Adresse : LOT CHEMIS RUE 3 N° 23
 HAY ESSALAM CASABLANCA
 Tél : 05 22 26 8771 Total des frais engagés : 3600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/07/2021
 Nom et prénom du malade : KISSI RABIA
 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 : CASABLANCA Le : 12/07/21
 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
12/07/21	C	S	300,00	INP : 0911469336

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/7/21	900,00

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	
OPTIQUE MOUSSAOUI Opticien Optométriste Bd. E. F. C 106, N° 7 Hay Mohammadi-Casablanca Tél: 05 27 40 34 89 - GSM: 06 69 00 97 85	16/07/2021		2V-UL TUP		144	300,00 1000 2400,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																									
				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			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"/>																									
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D	00000000	00000000	G		35533411	11433553		B				
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D	00000000	00000000		G																								
		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

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste

bloc Kodia 106 Bd.E

N°7 Bis - EL Hay Mohammadi - casa

Tél : 06 69 00 97 58

05 22 60 34 93

Patente : 32825428



0002181

نظارات مسأوي

اختصاصي في النظارات البصرية

بلوك الكدية 106 شارع E

الرقم 7 مكر - الحي المحمدي

الهاتف 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنا 32825428

Ordonnance de M.le Docteur :

Reda Mikhoul

N° DE nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D. : 90° - 1251 - 106	PRES	O.D. :
	O.G. : 158° - 0711 - 171		O.G. : 400 275

FOURNITURE

2 Monture : Optic Load

x 2

800,00

2 Verres : 2mm Bleu Surt (V)

x 2

1000,00

2 Verres Transfert Blanc (V)

x 2

600,00

Etuils :

Total : Deux mille quatre cents dinars

2400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Csablanca, le 16/07/2021

M. ou Mme : Kissi Ratiana

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Optométriste

Bd. E, Bloc 106, N° 7

Hay Mohammadi, Casablanca

Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 69 00 97 85

ICE : 001789511000067- : 40151582 - RC : 37 20 42 CNSS: 173923031



PT210712142400

12 juillet 2021

Mme KISSI Rabiaa

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = - 1.50 (- 1.25 à 96°)

OG = - 1.75 (- 0.75 à 158°)

OPTIQUE MOUSSAOUI
Opticien Optométriste
Bd. E. Beldjoudj 106 N° 7
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 39 - G.M. 06 69 00 97 85

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75

Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC
Tél.: (+212) 05 22 47 15 94
E-mail: r.mikou@cliniquestendhal.com

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois



150,00

Dr. Bada MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : rmikou@cliniquestendhal.com

Dr. Hada Milk
(Lactation Optimal)

150,00



2023-10

LOT

300344

PPC:

150 DH

150,00



2023-10

LOT

300344

PPC:

150 DH

150,00



2023-10

LOT

300344

PPC:

150 DH

150,00



2023-10

LOT

300344

PPC:

150 DH

150,00



2023-10

LOT

300344

PPC:

150 DH

150,00



2023-10

LOT

300344

PPC:

150 DH

