

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.

Diagnostique 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

- Reclamation : 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° M21- 0051877

ND: 98385

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHELLIQ HOUSSINE

Date de naissance : 07.07.1961

Adresse : LES CHAKAS ZONE D Imm 9 Apt 11

AIN SEBAA CASAB

Tél. : 0661302886 Total des frais engagés : 3800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zineb RABTANDALOUSSI
Ophtalmologiste
Imm. 27, Apt. 1, Rue Oued El Makhazine
Agdal - Rabat
Tél : 0537 671 333 - GSM : 0666 29 36 00
INPE : 101170942

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2021

Nom et prénom du malade : CHELLIQ YASSINE Age :

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

Nature de la maladie : corréct. rph

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 : CASAB Le : 15/12/2021

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 diagnostic des actes
26.11.27	C	3	811	Dr. Zineb RABIAOUCHE Ophtalmologue Imm. 27 Appt. 1 Rue Oued El Makhraj Tél: 0537 671 353 GSM: 0666 20 34 00 INPE: 101170942

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	
POUR VISION Cachet du Praticien Signature Tél: 0537 671 353	15/12/2024					3500 H

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

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												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	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 Zineb RABI ANDALOUSSI

Spécialiste en Ophtalmologie

(Adultes et Enfants)

Ancienne Interne à la Fondation

Ophtalmologique A. Rothschild - Paris

Ancien Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat-Salé

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris



الدكتورة زينب ربيع أندلسي

أخصائية في طب و جراحة العيون
(للکبار و الأطفال)

طبيبة داخلية سابقة بمؤسسة روثشيلد

لطب و جراحة العيون - باريس

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا - الرباط - سلا

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

Rabat le,

24/11/2021

M. CHELLIQ YASSINE

Lunettes: verres + monture pour vision de loin:

-OD: -5.25 (-2.5 à 180°)

-OG: -3 (-1.5 à 160°)

POWER VISION
Cabinet de l'ophtalmologiste
62 Rue Mohammed VI - Hay Hassani
Sidi Belmouza - Casablanca
Tél: 0537 671 333 - GSM: 0666 29 36 00
INPE: 101170942

Antireflet

Dr. Zineb RABI ANDALOUSSI
Ophtalmologiste
Imm. 27, Apt. 1, Rue Oued El Makhazine
Andal - Rabat
Tél.: 0537 671 333 - GSM: 0666 29 36 00
INPE: 101170942

POWER VISION

62 BD Mouad ibnou jabal hay katafa
Sidi Bernoussi Casablanca
ice:001549937000023 Rc: 343903
patente : 37961632 IF : 1874450
05 22 76 76 75

MR YASSINE CHELLIQ

FACTURE N° : F103046

Date : 15/12/2021

Prescrit par : ZINEB RABI ANDALOUSSI

No ID :

En date du : 13/12/2021

Désignation	Qté	Prix unit.		Valeur	TVA
VERRE ORGANIQUE MTC	2	1200.00		2400.00	20.0
MONTURE OPTIQUE	1	1100.00		1100.00	20.0
Corrections :					
VL D. Sph: -5.25 Cyl: -2.50 Axe: 180°					
VL G. Sph: -3.00 Cyl: -1.50 Axe: 160°					
Total	3			3500.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
2916.67	583.33	3500.00		3500.00 Dh

RC:343903 PATENTE:37961632 IF:1874450 ICE:001549937000023

POWER VISION
Opticien - 05 22 76 76 75
62 Bd Mouad ibnou jabal hay katafa
Sidi Bernoussi Casablanca
Tel: 0522 76 76 75