

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-676313

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8981 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OUAJJOU ABDELLAH

Date de naissance : 30/11/71

Adresse : 297 BOUSKOUA GOLF CITY VILLE VERDE
CASABLANCA

Tél : 0661 699056 Total des frais engagés : 2450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. A. BENJELLOUN
Ophtalmologiste
18, Rue Gharata 2ème Etage
Casablanca - Tél: 0522 48 70 77

Date de consultation : 28/12/2021

Nom et prénom du malade : OUAJJOU OUMAITA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : MYOPIE

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 :

16/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
28/12/2021	CS	1	250,00	INP : 910229722 Dr. A. BENVILION Ophthémologiste 18, Rue Charrata 2ème Etage Casablanca - BP 0522 AR 70 77

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Opticien Optométriste 18, Rue Charrata 2ème Etage Casablanca - BP 0522 AR 70 77	28/12/2021					250,00

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																	
	<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	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

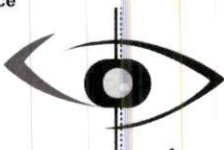
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz Amine BENJELLOUN
OPHTALMOLOGIE-CHIRURGIE

Diplômé des Universités de Paris-ile-de France

Ancien attaché aux hôpitaux HÔTEL-DIEU
ET BROUSSAIS-PARIS

ANGIOGRAPHIE-LASER-STRABISME
LENTILLES DE CONTACT



الدكتور عزيز أمين بنجلون

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات
تخطيط الأوعية، لآزر

خريج كلية الطب بباريس
طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 28/12/2021 في الدار البيضاء،

Le Docteur OUAJOU

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bd. Ibn Rachine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 48 70 77 - 06 69 09 97 85

Prescription de Contact
lenses + machine
VL OD - 1,50
OG - 1,25
amblyops

Dr. A. BENJELLOUN
Ophtalmologue
18, Rue Gharnata - Casablanca
Tél: 05 22 48 70 77

OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Bno Tachfine Hakam 1
N°454 - EL Hay Mohammadi - casa

Tél : 06 69 00 97 58

05 22 60 34 93

Patente : 32825428



0000503

نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

الرقم 454 - الحي المحمدي

الهاتف 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا 32825428

Ordonnance de M.le Docteur :

N° DE nomenclature		
Correspondant à la prescription		
LOIN	O.D. : 1.50 O.G. : 1.25	PRES O.D. : O.G. :

FOURNITURE

Monture : OPTIQUE

800 dh

Verres : ORMA ORGANIQUE 1400 dh

ANTIREFLECT

Etais :

Total :

2200 dh

Deux mille deux cent dix

Arretée la présente facture à la somme de

Csablanca , le 29/12/2021

M. ou Mme OUMAIMA OUAJJO

OPTIQUE GHITA

Opticien Optométriste

Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine

N° 452 Casablanca

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

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