

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-697049

11.500

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CAHLOU RACHID

Date de naissance : 01/01/56

Adresse : LOT LA COLLINE II DAIO CALIFORNIE

CASN

Tél : 0661159849 Total des frais engagés : 14700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 13 MAI 2022

Date de consultation : 2/03/22

Nom et prénom du malade : CAHLOU RACHID Age : 66 ANS

Lien de parenté ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Correction optique

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 : 30 / 05 / 22

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
21/03/22	C.S.			INP : 02MS7940

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

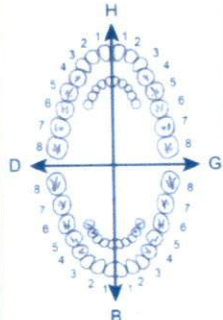
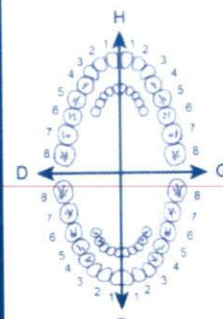
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30/04/22					470900H

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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 				

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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



ORDONNANCE

21 mars 2022

Mr. LAHLOU Rachid

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets multi-couches

VL : OD = + 0.50 (- 0.50 à 150°)

OG = + 0.75

VP : ODG = Add : + 2.75

Optic LIBERTY VISION
Opticien Optométriste
107 Bd Bir Anzalan (à l'angle de Bd Rachad)
Rés. Alyamama Casablanca
Tél : 05 22 25 16 26 Email: libertyvision@live.fr

Dr. Laila ZAFAL
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

LIBERTY VISION



Résidence El Yamama
107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheïl)

Tél : 05 22 25 16 26

Mâarif Casablanca
Patente N°: 35800120

N° 0035415

إقامة اليمامة
107, شارع بئر انزاران
المعاريف الدار البيضاء
البتاننا : 35800120

Docteur : LAHCEN ZAFAN

Mr. : LAHLOU RACHID

PATENTE N°: 35800120
RC N°: 4245004
CNSS N°: 5123327
ICF: 1001807717000004

Nomenclature :

Montures : VL :
VP : optique 700,00

Type de Verres : progressif Origine AP 2 100,00

VISION DE LOIN :

OD : Axe : 150° Cyl : -0,50 Sph : +0,50 2000,00

OG : Axe : — Cyl : — Sph : +0,75 2000,00

VISION DE PRES :

OD : Axe : — Cyl : — Sph : —

OG : Axe : — Cyl : — Sph : —

Add : +2,75

TOTAL : Quatre Mille Sept cent dix, = 4700,00

Le : 30/04/22

Optic LIBERTY VISION
Opticien Optométriste
107, Bd Biranzarane (Ex-Boulogne)
Rés. El Yamama Casablanca
Tél/Fax: 05 22 25 16 26 Email: libertyvision.ma