

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 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

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° W21-643955

11784

☐ Maladie ☒ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41266 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bannani Mohamed

Date de naissance : 30-11-52

Adresse : 11104 Villa Palmira

Tél. : 066153631 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr Beda MIKOU

Cachet du médecin :

Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca, SG
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.ma

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bannani Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

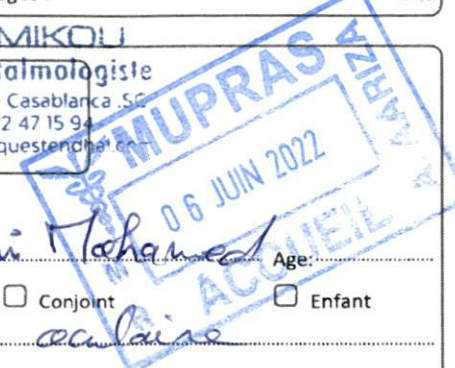
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 23/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : Bannani

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
23/05/2022	CS	goutte		INP : 091168336
				Dr Reda MIKOU
				Chirurgien Ophtalmologiste
				18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC
				Tél. : (+212) 0522 47 15 94
				E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

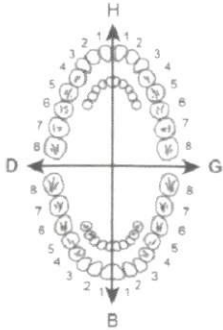
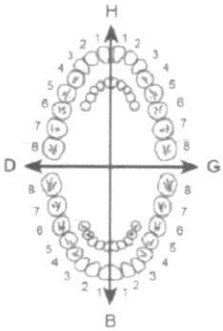
[illegible]

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"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cachet et signature
du Particulier



PT160600519

10 mars 2022

Mr. BENNANI Mohammed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.75 (- 1.00 à 96°)

OG = + 0.25 (- 0.75 à 87°)

VP : ODG = Add : + 2.75

OPTICAL AUDITION
Opticien - Oculiste
Parc Plaza d'Andalous El Mansour
et Youssef
Tél: 05 22 47 15 94 - 05 22 99 34 51

[Signature]



PT160600519

23 mai 2022

Mr. BENNANI Mohammed

LARMABAK COLLYRE

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

PHYLARM

1 lavage / jour matin, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

*medica mear + reste
de puer des mere
n si le*

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

OPTICAL AUDITION

Client: Mr BENNANI MOHAMMED

N° Facture: FBM74712205110638

Date: 11/05/2022

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	1200
VERRE OD ORG PROG AR: +0.75(-1.00 à 96°) / ADD:+2.75	1	2000
VERRE OG ORG PROG AR: +0.25(-0.75 à 87°) / ADD: +2.75	1	2000
HT		4333.33
TVA 20.00%		866.67
TTC		5200.00

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza I, Angle Yaacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine Imm. M N°1-MOHAMMEDIA
Tél: 05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: CINQ MILLE DEUX CENT DIRHAMS