

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

- 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - w



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 042970

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6810 Société : 118847

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GRUCHA Redouane

Date de naissance : 1965

Adresse : hab. tuelle

Tél. : 06 78 78 33 09 Total des frais engagés : 3800 + 300 + 19 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2022

Nom et prénom du malade : GRUCHA REDOUANE 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 : Le : 14/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/06/2022	Ceto	300	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Optique CONTACT Opticien Diplômé 51 Bis Rue Médina Barrechid Te 3322 32 41 42 IF 06 10 00 51 - Pat N 40707 188 - CNSS 244794	13/06/2022 13/06/2022	3800,00 119,60

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
		AM	PC	IM	IV	

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													
				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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		B		D		00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	G															
	B															
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Said EL HASSAR

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux
Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie de la Myopie
Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophtalmologie



الدكتور سعيد الحصار

أخصائي في أمراض وجراحة العيون
جلالة - الزراق - الحول
مسالك الدموع - انجيوكرافيا
الليزر - العدسات اللاصقة...
جراحة عيوب البصر
عضو دائم بالجمعية الفرنسية
لطب العيون

Agrée Par le Ministère de la Santé Permis de Conduire

ORDONNANCE

Berechid le : 13/06/2022 برشيد في :

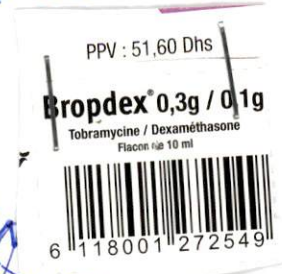
GRUCHA Redouane

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (175° -3,25) -7,00 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (20° -1,50) -5,50 , Addition + 2,50



صيدلية ابن رشد
Pharmacie IBN ROCHD
Dr. LRACHIMI HAFSA
30, Rue Mohamed V - Casablanca
Tél : 05 22 32 70 47

68.00
Dilodoc 1 mg/ml

51.60
Bropdex 0.3g / 0.1g

119.60
Dilodoc 1 mg/ml



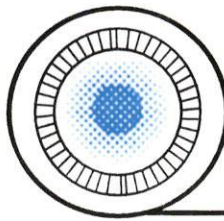
شارع محمد الخامس - مس العمارة 341 الطابق 4 رقم 41 (إقامة بالمصعد) تجزئة نصرالله

برشيد (قرب المركز التجاري كارفور) - الهاتف : 05 22 32 43 44

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4 N° 41 (Imm Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah

Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour) - Tél : 05 22 32 43 44

optic



ntact

Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 660/22

Berrechid, le 13/06/2022

Client : M. Grucka Rodouans

Code	Description	Total
486 433	Pour vision yeux propres	1650
	ouverts & à l'œil (facture)	1650
		500
	OPTIC CONTACT	
	Opticien Optométriste Diplômé d'Etat	
	06-010051-pat N° 40707-88-CN°S 2244797	
	TRM	3800
	OD (17 - 5.25) - 7.00	
	OG (20 - 1.00) - 5.50	
	<i>ay</i>	
	Arrêtée la présente Facture à la Somme de :	
	Trois mille huit Cent Quatre	