

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0007273

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1542

Société : 120602

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KODSE M HAMED

Date de naissance : 01-09-1940

Adresse : DR LAM HIZ LAT OD AINA ELJADIDA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IRAQI Maha
Ophtalmologiste
Agree par l'Etat pour le permis de Conduire
Bd Oum Rabin 18 Etage 44 Appt 8
Hay Wuhda Casablanca
Tél : 09 22 13 58 89 Gsm : 06 78 75 89 89

Date de consultation : 15 JUN 2022

Nom et prénom du malade : KODSE M HAMED

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
15 Juin 2022		2	3000	<p>Signature du Médecin</p> <p>Agée par l'Etat pour l'Exercice de la Médecine</p> <p>Bd Oum Raddani Essalam</p> <p>Hay Oufia Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 91 13 38 Gsm: 06 78 75 89 88</p> <p>09 60329338</p>

ONORAIRES

étailé raires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
------------------	---

Agree par l'Etat pour la Exécution des Actes
Bd Oum Rabi: Hay Oufia Casablanca
Tél: 05 22 91 13 38 Gsm: 06 76 75 84 85

09 6032938

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cacher et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<p>ORIGINAL OPTIC</p> <p>Magasin Optique</p> <p>Opticiens Diabliques</p> <p>Witbaai - Magasin</p> <p>Douffar - Cusabianca</p> <p>BENBASSI</p> <p>095031589</p>	11.06	Lunettes de Vue				2800,00
	2022					

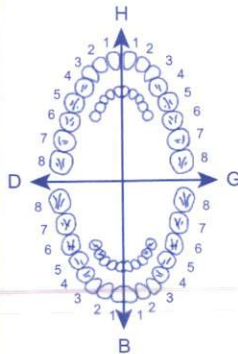
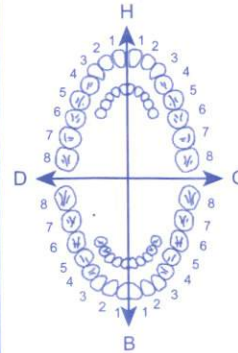
Cache et signature du praticien		D
Imane BENBASSI Opticienne Diplômée Wiss, 30000 Magasin Dulaf, Casablanca		1589

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													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</td> <td style="padding: 2px 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>													

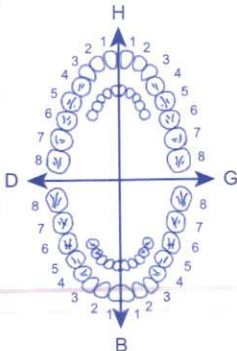
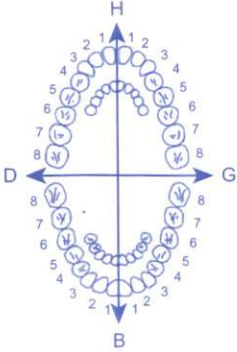
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>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></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient des Travaux
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



FACTURE N° :

Wifak 3 Rue 65 Num 65 Magasin 5
Oulfa - Casablanca
RC : 449836 - INPE : 095031589
IF : 50650935
ICE : 002960353000021
Patente : 35005646

Casablanca le : 15.06.2022

Mr/Mme : KODSI MHAMED

Nature des Verres : Organique Antireflets + Progressif				
Monture	Métal	Plastique	800,00	
V.L. : - OD	(105° - 0,50) Plan		1000,00	
- OG	(123° - 0,71) Plan		1000,00	
V.P. : - OD				
- OG				
ADD /	+ 2,50 : 00G			
TOTAL	ORIGINAL OPTIC Imane BENBASSI Opticienne Diplômée Wifak 3 Rue 65 Magasin N°7 Oulfa - Casablanca		2800,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de

deux mille huit cents.
Dhs

INP: 095031589

Dr IRAQI Maha

Ophtalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'hôpital Al Hassani
Diplôme d'OCT en ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse.
Diplômé d'Oeil et médecine interne
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



الدكتورة عراقي مها

طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الإستشفائي ابن رشد
طبيبة سابقا بمستشفى الحسن

Casablanca, le

15 juin 2022

Mr. KODSI MHAMED

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Antireflets

VL : OD = Plan (- 0.50 à 105°)

OG = Plan (- 0.75 à 123°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs (Add +2.50)

VP : OD = + 2.50 (- 0.50 à 105°)

OG = + 2.50 (- 0.75 à 123°)

ORIGINAL OPTIC
Imane BEN KODSI
Ophtalmologiste
Unité 3 Rue 65 Magasin
Oulfa - Casablanca

1/ OXYAL. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

Dr. IRAQI Maha
Ophtalmologiste
Gr. Res Addoha Der Essalam
Tel: 05 22 91 13 38 / GSM : 06 78 75 89 89

المجمع السكني الضحى. دار السلام. شارع أم الربيع - طريق الرحمة. عمارة 44. شقة 8. حي الألفة