

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

- Reclamation : 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° W21-689620

121559

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 680 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FOUA D Zouaida

Date de naissance : 6.9.1956

Adresse : 12 Rue Yeaur Jaures 5ème étage Casablanca

Tél. : 06 55 52 21 62 Total des frais engagés : 3879 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 MAI 2021

Nom et prénom du malade : FOUA D Zouaida Age :

Lien de parenté : Affection Oculaire ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CHDP : A-A-215/2015

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
12 MAI 2022	CD		3009.00 DHS	INP : 091041228

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FOUCAULD 27, Rue Moussa Bnou Noussair Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 28 80 2	12/05/2022	7900

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	
Autre Optique Opticienne Optométriste 3, Rue Stockholm Av. 2 Mars CASABLANCA Tél : 0522 85 31 76	12/05/2022					3509.00

VOLET ADHERENT

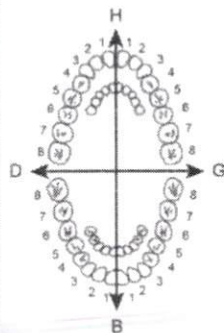
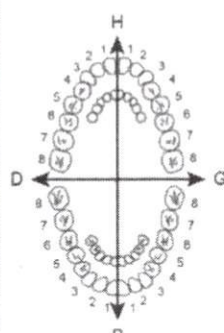
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession																	
	<input type="text"/>																	
<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

Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

-Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Station de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser

الدكتور الدخيسي محسن
طب العيون



أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 2/05/2012

M. Fawad Zabaradie

Rue de la com VL (Muster)

$$OD = +1 (-0.15) \cdot 77$$

$$OS = +0.15$$

$$Add opt = +2.75 ODL$$

Dr. Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Autre Vue Optique
Opticienne Optométriste
3, Rue Stockholm Av. 2 Mars
CASABLANCA
Tél: 0522 85 31 76

Monsieur Fawad Zabaradie

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE : 002224103000076

400, شارع إبراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن
طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 12/08/2012

Mr Fouad Zoubeida

79.00

1) Navi INFLA cell
243 / 1000



Pharmacie FOUCAULD
27, Rue Moussa Bnou Moussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE : 002224103000076

400, شارع ابراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88

AUTRE VUE

3, RUE STOCKHOLM, AVENUE 2 MARS, RESIDENCE MERYE
CASABLANCA
Tél : 0522.85.31.76

FACTURE

FACTURE N° : **49/2022**

CLIENT : **FOUAD ZOUBIDA**

DATE FACTURE : **15/06/2022**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : <u>1</u> OPTIQUE	700,00 DH
Verres : <u>OG1</u> PROGRESSIF ORGANIQUE AR	1 400,00 DH
<u>OD1</u> PROGRESSIF ORGANIQUE AR	1 400,00 DH
Nomenclatures : OD : +1.00 (-0.50 à 75°) , Add = +2.75 OG : +0.50 , Add = +2.75	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS TTC

Autre Vue Optique
Opticien Optométriste
3, Rue Stockholm Av. 2 Mars
CASABLANCA
Tél : 0522 85 31 76

Total TTC : 3 500,00 DH

Total HT : 2 916,67 DH

TVA 20% : 583,33 DH

Frais de Timbres : 8,75 DH

Montant Total Payé : 3 508,75 DH

Code INPE



095005641

R.C: 153633 IF: 1104266 Patente: 34490111 ICE: 000159391000042
Adresse: 3, RUE STOCKHOLM, AVENUE 2 MARS, RESIDENCE MERYEM CASABLANCA Tél : 0522.85.31.76