

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° M21- 0060941

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8702

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL YACMI ABDELF

Date de naissance : 27.05.1966

Adresse : 55 LOTISSEMENT TAJMINA

ETG 3

BOULEVARD 7

CASA

Tél. : 0661237030

Total des frais engagés :

2350,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2021

Nom et prénom du malade : KHAMACH ALKA

Age : 50

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vice de refraction

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

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
08/10/2024	Csoph		250000	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
2100,00 DH	03/12 12h21		Monture + 2 verres			

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 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

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 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



BMCI
GROUPE BNP PARIBAS

BORDEREAU DE VERSEMENT
Versement Client PRO

0663092964

AGENCE : 1042 TGR KWT 04/01/2022
 COMPTE : 0107621604900165 MAD
 REFERENCE : 1042 10 10 030 006 513664
 NUM CAISSE : 1042 001 D25174
 A VOTRE CREDIT : 380.00 MAD
 TIMBRE FISCAL 1.00 MAD
 SAADIA LAROUCSI B338733

ETS MUPRAS

Me 412

04 JAN. 2022

Tanger Place du Koweit

SIGNATURE AGENT :

SIGNATURE CLIENT :

220D +)

ok
rest book

EXEMPLAIRE CLIENT

Dr WAFI MIRIAM

Ophthalmologue

Specialité Medico-Chirurgicale

(Université Hassan II - Casablanca)

Diplôme de Chirurgie Refractive

et Phacoémulsification (Toulouse)

Diplôme de Strabologie Oculomotricité (Nantes)

Diplôme de Contactologie / lentilles de Contact (Bordeaux)

Capacité de Medecine Aéronautique (Paris V)

Diplôme d'OCT/Ophthalmologie (Bordeaux)

Agrément Permis de Conduire



Me 8702

الدكتورة وافي مريم

أخصائية أمراض وجراحة العين

دكتوراة الطب و التخصص

(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

دبلوم تصحيح النظر بالليزر

وجراحة الجلالة (تولوز)

دبلوم علاج وجراحة الحول (نانت)

دبلوم تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة (بورديو)

دبلوم طب الطيران (باريس V)

فحص الشبكية بالموجات الضوئية OCT (بورديو)

الفحص الطبي / رخصة السياقة

ORDONNANCE

08 OCT 2021

Casablanca, le

Atika Khmamach

LUNETTES/ VP

OD : *+ 2,25*

OG : *+ 2,25*

LELU OPTIC SARL AU
Opticien Optométriste
CC California Galerie Marchande
Mag. N° 187 - Casablanca
ICE: 001427866000049

Verres organiques

+ filtre anti-bleu

+ champ large

Dr Wafi Miriam
Ophthalmologue
3, Bd el Qods, 3^{ème} Etage, Mandarona
Ain Chock, Casablanca
Tél : 05 22 50 65 65 - GSM : 06 63 47 18 70

Imm 858, Lot 158, Bd el Qods, 3^{ème} étage (face pâtisserie Grain de blé), Mandarona - Casablanca

عمارة 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام مخبزة كران دويلي)، منظرنا، البيضاء

Tel : 05 22 50 65 65 - Gsm : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com

f Cabinet d'ophtalmologie Dr wafi miriam

Mk 8702

Facture

	Facture N° :	LELU OPTIC Tel:
	163	
	Date :	
	2021-12-03	
	Client :	
	KHMAMACH	
	ATIKA	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	PL			+2.25
VLG	PL			+2.25

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	CRIZAL PREVENCIA UV ORGANIQUES 1.56 ESSILOR	1	750.00	750.00
2	CRIZAL PREVENCIA UV ORGANIQUES 1.56 ESSILOR	1	750.00	750.00
3	MONTURE	1	600.00	600.00

TVA	20%	Total TVA	350.00
Total HT	1750.00	Net à payer	2100.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

deux mille cent Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

LELU OPTIC ---
 IF: 24994075 - ICE: 001927866000049 - RC:392879 - TP:34092526- INPE:095021770 - CNSS:5790606

LELU OPTIC SARL AU
 Opticien Optométriste
 CC Californie Galerie Marchande
 Mag N°81 - Casablanca
 ICE: 001927866000049