

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

- 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 - 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° W21-720514

126977

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1581 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARHAT SAÏD

Date de naissance : Des Deyem, 04/04/1964

Adresse : Casablanca

Tél. : 0661779652 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 26, Av. Saint Louis Saâda Rce Espace Saâda

(Près Aswak Saâda) 1er Etage Bureau N° 2

FFS 05 35 65 71 24 - INPE 141246785

Date de consultation : 28/06/2022

Nom et prénom du malade : FARHAT HAJAR

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

Nature de la maladie : Consultation ophtalmologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

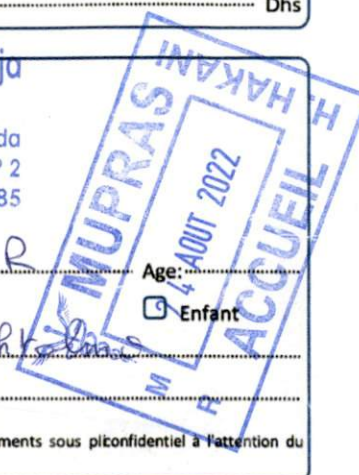
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Cas Le : 28/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autocrisation CNDP N° : A.A-215/2019



[illegible]

D. H. INP : 14413146785 Sando
 DI DRASSI TOUZANI WASSIM
 OPHTHALMOLOGISTE
 26 Av Saint Louis Sando Rce Espace Sando
 (Pres Asswak Sando) Ter-Etage Bureau N° 2
 06 15 71 24 - INP 141246785

[illegible]

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

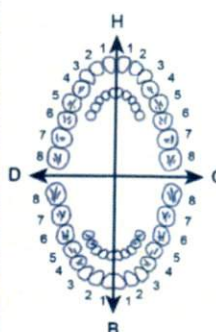
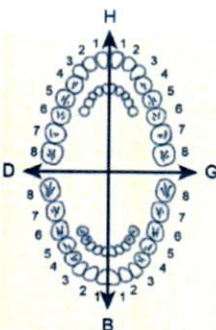
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	6.7.2022					10000

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 canaux, 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											
	<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">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. DRISSI TOUZANI Khadija
Ophthalmologiste



د. خديجة إدريسي توزاني
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Ex.Medecin à l'Hopital Omar Idrissi de Fès.
Diplômée en Maladies de la Surface Oculaire de Brest France
Diplômée en adaptation de Lentilles de Contact de Rabat
Diplômée en OCT en Ophtalmologie de Bordeaux
Diplômée en Chirurgie Réfractive de Casablanca
Spécialiste en Orthokératologie (contrôle et freinage de la myopie)

طبيبة سابقا بمستشفى عمر الإدريسي بفاس
دبلوم في أمراض سطح العين بفرنسا
دبلوم في العدسات اللاصقة بالرباط
دبلوم في التصوير المقطعي البصري ببوردو
دبلوم في تصحيح النظر بالليزر بالدار البيضاء

Fès, le : **28 juin 2022**

Enf. FARHAT Hajar

Monture + verres correcteurs pour vision de loin : Antireflets

OD = - 4.75 (- 1.50 à 160°)

OG = - 5.00 (- 1.50 à 176°)

FDILI OPTIQUE
42 Av. Saint Louis Saâda Fès
Tél: 05 35 60 84 70

D. DRISSI TOUZANI WALALI Khadija
OPHTHALMOLOGISTE
26, Av. Saint Louis Saâda Rce Espace Saâda
(Près Asswak Saâda) 1er Etage bureau N° 2
Fès - ☎ 05 35 65 71 24

Tél : 05 35 65 71 24

26 شارع سان لويس السعادة، إقامة فضاء السعادة (قرب أسواق السعادة)، الطابق الأول مكتب رقم 2 - فاس
26, Av Saint Louis, Saâda, Rce Espace Saada (près Asswak Essaada), 1^{er} Etage bureau N° 2 - Fès
E-mail : khadijadrissi05@gmail.com

Fdili Optique

Client : farhat hajar

Facture client N° : 702/2022

Correction		Sph	Cyl	Axe	Add
Vision de loin	OD	-4.75	-1.50	160	
	OG	-5.00	-1.50	176	

Liste des ventes

Désignation	Catégorie	Unité	Prix unitaire	Remise	Montant TTC
optique	monture	1.00	400.00		400.00
organique 1.67	verre	2.00	300.00		600.00
antireflet					
					0.00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

total HT	833.33
TVA (20%)	166.67
total TTC	1 000.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :

mille dirhams

RC : 50738

a

ICE : 001598875000031

PATENTE: 14003343

Cachet

Fès le 06/07/2022

Adresse : 42, AVENUE SAINT LOUIS SAADA, ROUTE AIN CHKEF-FES

Tél: 05-35-60-84-70