

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

M22- 0035527

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1092

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KOUSSAIMY MUSTAPHA

Date de naissance : 1948

Adresse : 3 BIS Rue NIZAR ELABIDI BOURGOGNE

CASA

Tél. : 0666 814672

Total des frais engagés : 1415

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur VITA TASKOVA
SPECIALISTE MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX
15, Rue du Parc - Casablanca
Tél : 05 22 27 28 62

Date de consultation : 11 / 10 / 2011

Nom et prénom du malade : KOUSSAIMY MUSTAPHA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Stigmatisme

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) :

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
11/11/2022	CDRH		150 DA	Docteur VITA TASKOVA SPECIALISTE MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22.11.2022 65.00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

22/11/2022
2 Veneux V.P
2 Veneux V.L
1200 DA

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

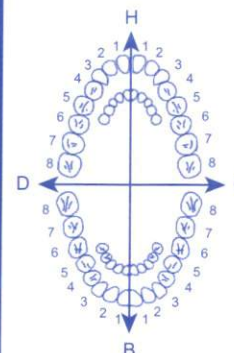
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

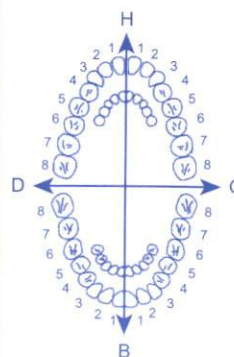
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient
DES TRAVAUX

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

RIMAPHARMA
D.V.C
65 00 DH

Optique
de Paris

Facture N° :

1602

Date :

2022-11-22

Client :

KOUSSAIMY
MUSTAPHA

**SOCIETE OPTIC DE
PARIS**

49,bd okba ben nafia hay mohammadi
Tel: 0702082737

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VPD	3			
VPG	4.5	-0.75	80	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIQUE ANTEREFLET	1	200.00	200.00
2	ORGANIQUE ANTEREFLET	1	200.00	200.00
3	ORGANIQUE ANTEREFLET	1	300.00	300.00
4	ORGANIQUE ANTIREFLIT	1	300.00	300.00
5	MONTURE OPTIQUE	1	100.00	100.00
6	MONTURE OPTIQUE	1	100.00	100.00

TVA	20%	Total TVA	200.00
Total HT	1000.00	Net à payer	1200.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

mille deux cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE OPTIC DE PARIS – 49,bd okba ben nafia hay mohammadi – 0702082737 – optiquedeparis2@pubwebo.com
IF: 114410 - ICE: 000031787000007 - RC:275703 - TP:35546893- INPE:095012464

OPTIC DE PARIS
MME BENOM
INPE: 095012464

Docteur VITA TASKOVA

SPECIALISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

15, Rue du Parc - CASABLANCA

Tél. : 05 22 27 28 62

الطبيبة فينا طاسكوفة

اختصاصية

في أمراض وجراحة العيون

15، زنقة الحديقة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 28 62

Casablanca, le

20

Kouss

MUSTAPHA

v.l

neutre

OPTIC DE PARIS
MME BENMAM SAIDA
INPE: 095012464

G: 1-0.75a 80/+1.5

v.l

+2d+3

65.00

- 2 sayal collige

3 li-

Docteur VITA TASKOVA
SPECIALISTE MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX
15, Rue du Parc - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 62