

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.

RAS : 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° W21-696668

139524

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3428 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zizi Mohamed

Date de naissance : 26/04/52

Adresse : 12 rue Michel Ange Racine

CASA BLANCA

Tél. : 661 331633 Total des frais engagés : 200 + Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR CHAKIB MARRAKCHI
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
320, bd Zerktouni - Casablanca
Tél : 0522 22 60 85 et 0522 47 57 60

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 DEC 2022

Nom et prénom du malade : Zizi Samia Age : 54

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 24 / 10 / 22

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 |
| 24 OCT 2022 | | | 300 | INF : 01091442 DR CHAKIB MARRAKCHI OPHTALMOLOGISTE Maladies et Chirurgie des yeux Tarkwa - Casablanca 33 47 57 6 |

INF : 0110974474
DR CHAKIB MARRAKCHI
 OPHTALMOLOGISTE
 Maladies et Chirurgie des yeux
 320, bd Zerkow - Casablanca
 0522.22.60.94 - 0522.47.57.60

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|--------------------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur 364 angle Mustapha El Maani & Rue d'Agade Tél/Fax: 05 52 63 45 GSM: 06 63 04 19 modopr 661 | Date 25/10/2022 | Montant de la Facture L'OPTICIEN 2 Avenue MARCEAU 92400 COURBEVOIS Tél: 01 46 97 94 01 CS 449 321 637 000 |

OPTICIEN
2 Avenue MARCEAU
92400 COURBEVOIE
TEL: 01 47 57 94 01
CS 449 721 037000 10
SSNⁿ 922612585

[illegible]

ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH
ar COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
ca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

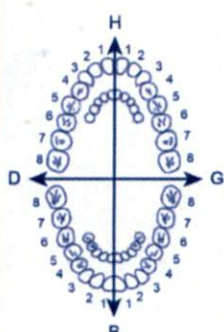
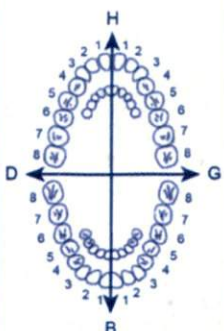
[illegible]

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 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <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>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> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (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

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.

INP:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Marrakchi Chahib
Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse
Laser - Angiographie - Lentilles de contact
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الدكتور شهاب المراكشي
اختصاصي

في أمراض وجراحة العين
خريج كلية الطب بـتونس فرنسا

CASABLANCA, le

24 OCT 2022

Zi Li Sahar
M' Bleuche Uroun

1 Chutture + s. Cuti :
Le prof Amine

Mod'optique
364, angle Maistapha El Maâni
& Rue d'Agadir - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 22 63 45
GSM: 0661 88 58 04
modoptique@menara.ma

Vbm (OP = (20 - 2,50) - 1,50
OG = (180° - 1,25) - 0,50
V.b = 21 + 2,50

320, Boulevard ZERKTOUNI, 1er ET, CASABLANCA
TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60
DR CHAHIB MARRAKCHI
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
320, bd Zerketouni - Casablanca
Tél. : 0522.22.60.85 et 0522.47.57.60

Mod'optique

Opticien - Optométriste
Diplômé de l'Institut des Arts et Métiers
de Bruxelles
Lentilles de contact
Lunettes de correction et solaires
Examens de la vue

Mme ZIZI SANAA

FACTURE CLIENT N° : F22/1829

Date : 25/10/2022

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **ZIZI SANAA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

| Libellé | Prix facturé | Code TIPS | Base | Rembt. 60% | Compl. | Assuré |
|---|--------------|-----------|------|------------|--------|---------|
| L'NOPTIC ESSILOR VARILUX X DESIGN ORMA T RANS GRIS Org 65/70 CRIZAL ROC | 3600.00 | | | | | 3600.00 |
| L'NOPTIC ESSILOR VARILUX X DESIGN ORMA T RANS GRIS Org 65/70 CRIZAL ROC | 3600.00 | | | | | 3600.00 |
| SI VISION MARIUS MOREL KOA20108 CBP03 | 1600.00 | | | | | 1600.00 |
| LUXOMAROC VOGUE VO4227S 280 13 53 | 700.00 | | | | | 700.00 |
| TVA (20%) (Dh) | 1583.34 | | | | | |
| TOTAL TTC (Dh) | 9500.00 | | | | | 9500.00 |
| NET A PAYER par l'assuré (Dh) | 9500.00 | | | | | |

Mentions légales

364, angle Mustapha El Maani
& Rue d'Alger
Tél / Fax : 05 22 22 63 45
GSM : 06 22 22 63 45
modoptique@menara.ma

364, MUSTAPHA EL MAANI Casablanca - Tél / Fax : 05 22 22 63 45 - GSM Magasin : 06 24 25 63 56
ICE : 001534802000007 - RC : 244594 - Taxe Professionnelle : 34201737 - IF : 41802311 - CNSS : 2286343

INPE : 095016739