

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-777715

150808

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRATI SAID

Date de naissance : 13.09.1959

Adresse : Rue elhachoud Hay tawik 2 Fés

Tél. 0614317590 Total des frais engagés : 850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2022

Nom et prénom du malade : KRATI YOUNES Age : 22

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

Nature de la maladie : Carcinome oph

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

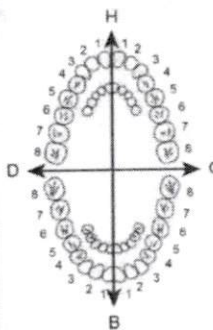
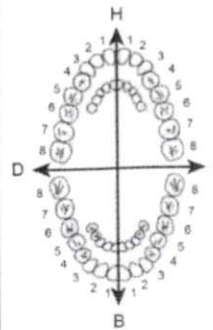
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 0000000 | 0000000 | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 0000000 | 0000000 | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | B | | 0000000 | 0000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| | B | | | | | | | | | | | |
| | 0000000 | 0000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة طب العيون فاس OPHTALMO - CLINIQUE DE FES

Fes, le vendredi 23 décembre 2022
Monsieur KRATI Younes

PRATICIENS

DR OUSSAMA TAZI

Chirurgien ophtalmologiste
DES de Toulouse - France
European Board of ophtalmology
Spécialiste en chirurgie réfractive

DR MEGZARI ADIL

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux
Ex. Médecin à l'hôpital
des spécialités de Rabat
Diplômé des facultés
de Médecine de Paris et Besançon

ORTHOPTIE

Bilan orthoptique
Rééducation d'amblyopie
Basse Vision
Champ visuel
Lancaster
Vision des couleurs

EXPLORATIONS

Angiographie numérisée
OCT
Laser Multispot
Laser YAG
Topographie cornéenne
Biométrie
Pachymétrie
Aberrométrie
Echographie oculaire
Microscopie spéculaire
Crosslinking

Urgences ophtalmologiques
24h/24

SECRETARIAT

Tél : 05 35 73 46 46
Fax : 05 35 73 48 48

prise RDV : 0808 555 008
(Numéro Gratuit)

UNE PAIRE DE LUNETTE + MONTURE

DE LOIN ANTI-REFLET

Oeil Droit : (10° -0,50) + 0,25

Oeil Gauche : (5° -0,50) + 0,25

SUP-VISION
NAZEK MEACTI
Opticienne-Oculiste
N°90 Av.Med.Fassi Lôt.Rachidia
Mag.1-FES-Tél:05.35.96.75.84

OPHTALMO - CLINIQUE DE FES
DOCTEUR OUSSAMA TAZI
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
N° 3 Lot Yasmine Rte Imouzer, Fès
Tél : 05 35 73 46 46
MPE : 141163650

SUP VISION

90 AV MOHAMMED EL FASSI

LOTS RACHIDIA FES

TEL :0535967584

FES 08/04/2023

FACTURE N° 1284

ICE :000566833000072

INP :145009874

RC : 80986 IF :15183755

PATENTE :13433709

Mr/Mme KRATI Younou

Vision de loin

OD : +0,25 (-0,50 à 10°)
OG : +0,25 (-0,50 à 10°)

Vision de près

OD :

OG :

Désignation : 1 Montures : Pottery Prix : 300,00
2 Verres : A.B. org. Prix : 300,00
Total TTC : 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent cinquante

Cachet, signature :

SUP-VISION
HAZEK MRATI
Opticienne-Optométriste
N° 90 Av. Méd. Fassi Lôt. Rachidia
Mag. 1-FES-Tél: 05.35.96.75.84