

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier 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- 0028408

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2768 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 169384
 Nom & Prénom : HILALI Fouzia
 Date de naissance : 07-08-58
 Adresse : HAY 24 ABDELLAH - Bd TAZA - Rue 99
 N° 5. AIN CHOCK. CASA
 Tél. : 06 00376166 Total des frais engagés : 3700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 17/07/2023
 Nom et prénom du malade : Mme Hilali Fouzia Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Correction optique + affection oculaire
 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 : CASA Le : 24/07/2023
 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
11/07/23	CS		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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 Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

HADDAQUI Brahim
INP:115026932

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

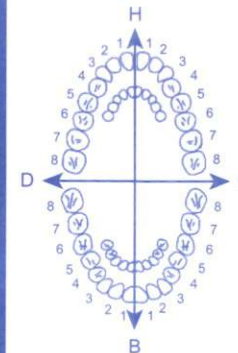
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

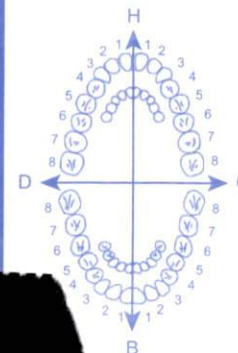
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Lahcen ZAFAD

Ophthalmologist
Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

الدكتور لحسن زفاض

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية
الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

17 juillet 2023

Mme HILALI FOUZIA

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 1.25

OG = + 2.00

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd. Mohammed VI Bloc "I" N°70
GSM : 06.25.27.2592 - Casa

Lahcen ZAFAD
Ophthalmologiste
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tel.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE - 0111

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd. Panoramique
Casablanca
Tel.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01

Optique Le Beau Coin



Patente N°36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Modibo Keita, Bloc(j) N°70 - Casablanca

Facture N° 0003837

Casablanca le : 22 JUL 2023

Mr: HILALI FOUZIA

VL:	POUR-RISSIF	AN 25000
OD:	+125	
OG:	+200	
VP:		
OD:	Add +2.50	
OG:		
Monture:	M. TAL	90000
Verres:		

Total : 34000.00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Payé en Espèce

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd. Moudiboukeita Bloc(j) N°70
GSM : 06.25.27.25.92 - Casa

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 18250 / 2023 du 17/07/2023

Nom patient **HILALI FOUZIA**
PAYANT

Entrée 17/07/2023

Sortie 17/07/2023

CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tel : 05 22 77 77 40
Fax : 05 22 25 00 01