

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 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- 0009846

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07639 Société : RAM 169834

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSUMANE KHALID

Date de naissance : 12/12/1959

Adresse : 21 Rue El Karoufel Hay Errahja
Casablanca 20200

Tél : 0675583521 Total des frais engagés : # 5600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur: BENCHEIKH Abdellah
SPECIALISTE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX
ANGIO - LASER
Rue Mansour Dahbi N°48 2ème Etage
Tél: 0539 32 26 26 - Gsm: 0681 86 87 97

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05.06.2023

Nom et prénom du malade : HADJI Ikhram Age : 11/10/61

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

Nature de la maladie : vice de réfraction

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 : Casablanca Le : 27/06/2023

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	Casier de signature du Médecin attestant le règlement des Actes
05/06/23	C		300 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

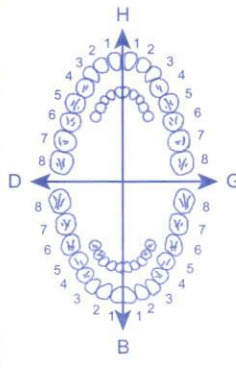
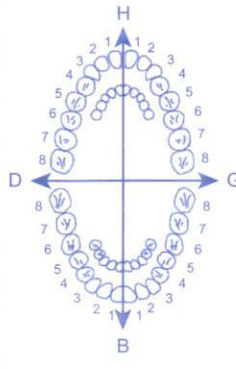
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AC	PC	IM	
Mme Mounia Salmi 75 Bd. Bir Anzarane, Casablanca INPE: 095014494	27/09/2023	1			5300

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	
				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			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>G</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Docteur Abdellah BENCHEIKH

Spécialiste des
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie - Laser



الدكتور بن الشيخ عبد الله
أخصائي في أمراض وجراحة العيون
الليزر - تصوير أوعية العين

Tanger, le طنجة في



05/06/2023

Patient : HADJI Ikram

Vision de loin et près

TAK OPTIC
Mme Mounia Syim
Bd. Bir Anzarane, Casablanca
INPE : 095014494

OD: -1,00 -0,75 90°

OG: -0,75 -0,75 95°

PD : 64 mm

VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF

+ MONTURE ADD +1.75



INP : 161132840

المرجو احضار الوصفة الطبية في الزم

48, Rue Mansour Dahbi - 2^e étage n°3
Tél : 05.39.32.26.26 - TANGER

48 شارع المنصور الذهبي الطابق الثاني رقم 3
الهاتف : 05.39.32.26.26 - طنجة

ophthalmobencheikh@gmail.com

Docteur Abdellah BENCHEIKH

Spécialiste des
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie - Laser



الدكتور بن الشيخ عبد الله
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
الليزر- تصوير أوعية العين

HONORAIRES

Tanger, le 01/06/23

NOM	HADJI
PRENOM	IKRAM

J'ai l'honneur de vous présenter la note d'Honoraires

Due pour : CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE


S'élevant à la somme de : 300 DH

TROIS CENT DIRHAMS



NP: 161132840
001578243000024

Facture

	Facture N° : 962 Date : 2023-06-27 Client : HADJI IKRAM	TAK OPTIC 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif Tel: 0522-256704
---	---	--

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	-1.00	-0.75	90	+1.75
VLG	-0.75	-0.75	95	+1.75

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ADAPTA 1.6	1	1900.00	1900.00
2	ADAPTA 1.6	1	1900.00	1900.00
3	BURBERRY B 1354 1320 53-18 140 N	1	1500.00	1500.00

TVA	20%	Total TVA	883.33
Total HT	4416.67	Net à payer	5300.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

cinq mille trois cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

TAK OPTIC – 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif – 0522-256704 – visionexpress.casablanca@pubwebo.com
 IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE:095014494


 Mme Mounia Salmi
 Bd. Bir Anzarrane, Casablanca
 INPE : 095014494