

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'Ho.
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

M23-013491

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. GURICHAT Med
 Date de naissance : 10-08-1965
 Adresse : Cale IRAMIA N° 09 Rue Rachid Kola Berrechid
 Tél : 06 74 00 79 14 Total des frais engagés : 3100 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AGUEDACH Abdelghani
Ophtalmologiste
38 Bd. Mly Ismail - Berrechid
Tél: 05 22 32 72 58

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BENFARAZ ALI Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 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 : Le :
 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
14/08/23		10	1000	

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	
	15/08/23					

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	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	Coefficient DES TRAVAUX
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	MONTANTS DES SOINS
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	DATE DU DEVIS
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire



Angiographie - Laser
Strabisme
Lentille de Contact
Microchirurgie

الدكتور محمد الغني أجداح

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب سابقاً بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية
علاج بالليزر
الحول، العدسات اللاصقة
الجراحة بالمجهر

Berrechid

برشيد، في

10/08/23

SEWBARAS

ARIMA

Luella

OPTIQUE MOUSSAOUI
Opticien Optométriste
Bd. E. Bled 108, N° 7
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél. 0522 60 34 38 GSM: 0699 00 97 65

Handwritten prescriptions and notes, including "V.S.", "V.C.", and various numbers and dates.

Handwritten signature and stamp of Dr. AGUEDACH Abdelghani, Ophthalmologist, 88, Bd. Mly Ismail - Berrechid, Tél: 0522 32 72 58.

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste

Bloc Kodja 106 Bd. E

N°7 Bis, El Hay Mohammadi - Casa

Tél : 06 69 00 97 56

05 22 60 34 93

Patente : 32825428



N° 000833

نظارات مساوي

أخصائي في النظارات البصرية

بلوك الكدية 106 - الحي المحمدي

الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا : 32825428

Ordonnance de M. le Docteur :

AGUEDACH

MOUSSAOUI Abdssamad
INPE: 095012357

N° de nomenclature	
Correspondant à la prescription	
LOIN	O.D: $85^{\circ} + 0.75 + 0.75$ O.G: $100^{\circ} + 1.00 + 0.75$
	PRES
	O.D: $+2.25$ O.G:

FOURNITURE

1 Monture : PLASTIQUE

2 Verres : progressifs
ORITA

Etuils : ANTIREFLET

Total : 2900 DH

900 DH
1000 DH
1000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 15/08/23

M. ou Mme : BENFARAJ

OPTIQUE MOUSSAOUI
Opticien Optométriste
Bloc 106, N° 7
El Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39

ICE : 001789511000067 - ID : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031