

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.

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

N° W21-817237

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4803

Société :

RA7

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

DEBRAJ MOHAMED

Date de naissance :

12/05/1963

Adresse :

Habituels

Tél. :

0661.4203.58

Total des frais engagés :

4200,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Fatima FETTAH
OPHTALMOLOGISTE
des FAR Rés Yasmine - C°
150 Etage Appt 3
JADIDA

Date de consultation :

05/12/2013

Nom et prénom du malade :

SNAIDI NAJAL

Age :

53 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Accident

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 : 22/12/2013

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
05/12/23	C.S.	N.10	250 DH	INP : 11604422
<p>Dr. Fatima FETTAM OPHTALMOLOGISTE 100 FAR Rés. Yasmine 1er Etage App. 3 Tél : 0523371464 BL JADIDA</p>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LA VICTOIRE Dr. Ibtissam AMOUR 1 Lot, La Victoire - El Mouilha Tel: 05 23 39 01 96</p>	05.12.23	258,10
INPE: 112038765		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>A-A-P Optic Opticien Optométriste 63 Rue Ibn Battouta Casa</p>	20/12/23					3700 DH

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"/>														
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur FETTAHI

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux



الدكتورة فتاحي

أخصائية في طب وجراحة العيون

أخصائية في أمراض وجراحة العيون

05 décembre 2023



Mme JNAIDI NAJAT

90,70

OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, pendant 1 Mois

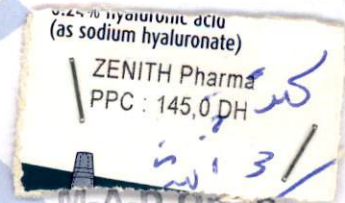
AQUALARM UP INTENSIVE

1 goutte 3 fois par jour, pendant 3 Mois

MAXIDROL: PDE

1 application / jour le soir au

dans les deux yeux



pendant 8 jours

Dr. Fatima FETTAHI
OPHTALMOLOGISTE
Av des FAR Rés Yasmine "C"
1er Etage Appt 3
Tél : 0523371454 EL JADIDA

ICE : 002220237000086 - INPE : 111164422

E-Mail : drfettahi.ophtalmo@gmail.com - Gsm / Whatsapp: 0613 45 54 64 * 0523.37.14.54 : الهاتف
شارع الجيش الملكي إقامة ياسمين عمارة (س) الطابق الأول - شقة رقم 3 (أمام المحافظة العقارية) - الجديدة
Av des FAR, Rés. Yasmine, Imm C, Appt N°3, 1^{er} Etage (En Face La Conservation Foncière) - El Jadida

Docteur FETTAHI

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux



الدكتورة فتاحي
أخصائية في طب وجراحة العيون
أخصائية في أمراض وجراحة العيون

05 décembre 2023

Mme JNAIDI NAJAT

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs 1organnique
Antireflets, Transition

Vision de loin :

OD = + 0.75 (- 0.75 à 75°)

OG = + 0.50 (- 0.50 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.00

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Igouate C. 11

Dr Fatima FETTAHI
OPHTALMOLOGISTE
Av des FAR Rés Yasmine "C"
1er Etage Appt 3
Tél : 05 23 37 14 54 EL JADIDA

ICE : 002220237000086 - INPE : 111164422

الهاتف : 0523.37.14.54 * 0613 45 54 64 - E-Mail : drfettahi.ophtalmo@gmail.com - GSM / Whatsapp :

شارع الجيش الملكي إقامة ياسمين عمارة (س) الطابق الأول - شقة رقم 3 (أمام المحافظة العقارية) - الجديدة

Av des FAR, Rés. Yasmine, Imm C, Appt N°3, 1^{er} Etage (En Face La Conservation Foncière) - El Jadida

un autre regard
sur vos yeux



OPTICIEN
LUNETTIER
CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° 006937

Casablanca, le : 20/12/23

Mme / Mr : JNAIDI NAJAT

Dr : FETHAHI

VL

VP - Add

OD : +0,75(-0,75; 75°)

OG : +0,50(-0,50; 85°)

OD : +2,00

OG : +2,00

Prix Monture

Optique
1500

DH

Prix Verres

progressifs optique AR
2300

DH

Total à payer : 3700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Mille

Sept Cent dix huit

Cachet et signature

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36
Capital : 10,000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 508275
ICE : 0002642590000069