

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

M23-004177

194764

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10090

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SIFAT SAÏD

Date de naissance :

04/12/1958

Adresse :

Tél. : 0661749481

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. FILALIAS

Ophthalmologiste

A. Aboubakr Al Kadiri Rés. Na

Imm N°6, 2ème Etage S. T. T. T. T.

Tél : 07 71 30 36 21 : 05 22 91 30 30

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/01/2024

Nom et prénom du malade :

SIFAT SAÏD

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.

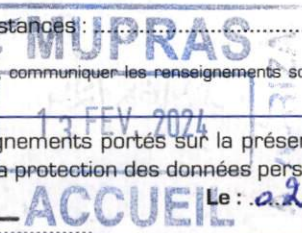
Fait à :

Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le : 02/01/24



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
02/01/24	Σ		3500	Dr. FILALI ASMAA Ophtalmologiste A: Aboubakr Al Kadiri Rés. Naïm (Al Amirat) Km N°6, 2 ^{ème} Etage Sidi Maarouf - Casa Tél: 06 71 20 36 21 / 05 22 97 68 32

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
		A M	PC	
	12/02/24		PC OPTIQUE MERS SULTAN	2800
			Opticien Optométriste	
			1, Haj Omar Riffi, Sultan	
			Mers Sultan - Casablanca	
			Tél: 06 68 85 98 72	
			INPE: 09500465	

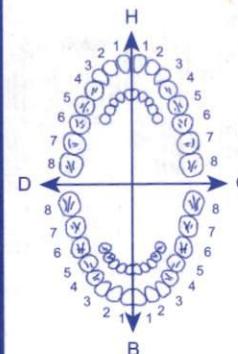
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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

(Création, remont, adjonction)

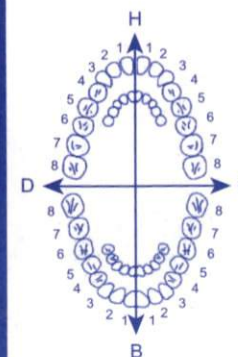
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Asma FILALI
SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier (France)
Maladies et Chirurgie des Yeux



الدكتورة أسماء الفيلاي
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب مونبولي فرنسا

ORDONNANCE

Casablanca, le 24/04/2024

SIFAR SARD,

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O.D : $(55^\circ - 0,25) - 0,25$

O.G : $- 0,25$

VISION DE PRES

O.D : $+ 2,25$

O.G :

OPTIQUE MERS SULTAN
Opticien Optométriste
1, Haj Omar Riffi Quartier
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 06 68 85 98 72

2 MONTURES + verres offensives AP + FB

USRELAX pour l'usage

Dr. FILALI Asma
Ophtalmologiste
A. Aboubakr Al Kadiri Rés. Naïm (Al Amirat)
Imm N° 6, 2^{ème} Etage Sidi Maarouf
Tél : 07 71 30 36 21 / 05 22 97 66 32



OPTIC MERS SULTAN

1, Haj Omar Riffi - Quartier Mers Sultan
- Casablanca - Tél.: 0522.44.93.91

IF: 4190706 R.C: 327722 - Patente: 34307006
ICE 000835172000043

INPE: 095004651

FACTURE : N. 3050...

Casa le : 12/02/2024

Mr: SIFAT Said doit

Nature des verres	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Fovers	Progressif
2 Monture VL+VP 1100	OD: OG:	OD: OG:	OD: OG:	OD: OG:
	Métal	Plastique ✓		
VL: OD: -0,25 (-0,25 à 55°) OG: -0,25 L 1000 DH				
VP: OD: +2,00 (-0,25 à 55°) OG: +2,00 TOTAL: L 700 DH Add: +2,25				
Total: 2800, DH				

Arrêtée la présente Facture à la Somme de : 2800

OPTIQUE MERS SULTAN
Opticien Optométriste
1, Haj Omar Riffi Quartier
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 06 68 85 98 72