

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

N° W19-444563

Leineth

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03583 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : Boukili ABDOU
 Date de naissance : 04.05.56
 Adresse : 16 Rue Sadamir El Kabir ANFA CASABLANCA
 Tél. : 0619600003 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

OPHTALMOLOGISTE
Bd d'Anfa, 3e Etage N° 31
CASABLANCA

02 OCT. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Boukili ABDOU Age : 62

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

Nature de la maladie : Nyctop

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 : 22/08/2019

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
23.08.19	G		2500	INP : 0811172635 DENTISTE OPHTHALMOLOGISTE 5, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 3 CASABLANCA

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ALAN AFFELOU ALAMOPTIC SARL AU 11, Rue Kadriouss Maïrit CASABLANCA Tel: 05 22 98 17 91 Fax: 05 22 98 18 72	07.09.19		17	enture		2200 Dhs
				2	Terres	

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"/>																					
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]																								
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ALAM OPTIC

11 Rue Kadi Iyass
20500 CASABLANCA
Tél: 05 22 98 17 91
Fax: 05 22 98 19 72

ALAIN AFFLELOU

— OPTICIEN —

M. BOUKILI ABDELLAH
CASA

FACTURE N° : F124311

Date : 07/09/2019

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur
1 MONTURE OPTIQUE	1	800.00	800.00
1 VERRE CORRECTEUR	1	700.00	700.00
1 VERRE CORRECTEUR	1	700.00	700.00
Total TTC	3		2200.00
Dont TVA 366.67			

ALAIN AFFLELOU
ALAM OPTIC S.A.R.L. A.U.
11, Rue Kadi Iyass Maarif
CASABLANCA
Tél: 05 22 98 17 91 - Fax: 05 22 98 19 72

Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste

Diplôme Universitaire de Chirurgie

de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)

Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie

Rétiniennes (Paris 7)



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين

وقصر النظر (بيزانسون)

دبلوم جامعي في تصوير و أمراض

شبكية العين (باريس 7)

Casablanca, le vendredi 23 août 2019

Monsieur Abdallah BOUKILI

Verres et monture :

Progressifs

Œil droit : (80° -1.00), Addition +2.25

Œil gauche : (40° -0.75) -0.75, Addition +2.25

ALAIN AFFELOU
ALAMOPTIC SARL AU.
11, Rue Kadi Lyass Maarif
CASABLANCA
Tél: 05 22 98 17 91 - Fax: 05 22 98 19 72

ALAIN AFFELOU
ALAMOPTIC S.A.
11, Rue Kadi Lyass
CASABLANCA
Tél: 05 22 98 17 91 - F

Docteur TAZI Nacer
OPHTALMOLOGISTE
6, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 31
CASABLANCA
Tél: 05 22 22 22 18