

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-592202

51781

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9442

Société :

R. A. M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SADOK

AHMED

Date de naissance :

27 OCT 1963

Adresse :

Residence ENNAKHIL IM A N 29

Site MAAROUF CASA

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

11/12/2020

Nom et prénom du malade :

Sadok S. S. S.

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Point

Nature de la maladie :

affection oculaire

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 :

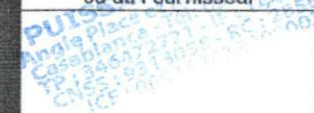
Signature de l'adhérent(e) :

/ /

Angle de l'opticien NAJID
El Kharbi Résidence A 3ème Etage en face
Point Almosakhal sur Maarouf
Tél. 05 22 20 45 45

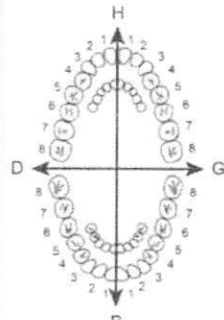
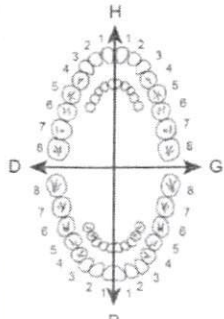
MUPRAS
16 DEC. 2020
ACCUEIL

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
11/12/12	G		250,12	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/12	110,00

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	
	15/12/12					2000,00
	19/12/12					

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000300</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000300	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000300	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجيد سهام

اختصاصية في أمراض وجراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

11.12.20

M. SADOX Salima

FLORA VISION

P.C: 110.00

UtAv | Lot
06/22 | 19713



Flora Vision (Rouge) 11/12

110,00

11/12 x 315

11/12

11/12

02/12

PHARMACIE
PUISSANCE
Angle Place et Bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étage en face Rond point Al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

Dr Siham NAJID
Ophtalmologue
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
El Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème Etg en face
Rond Point Al Moustaqbal Sidi Maarouf - Casa
Tél. 05 22 78 78 07

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étage en face Rond point al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري، إقامة ندى "A" الطابق الثالث مقابل مدار المستقبل سيدي معروف الدار البيضاء

LUNETTES DE LA JEUNESSE

نظارات الشباب

Sidi Maârouf 1^{er} Rue 71 N° 13 Bis
Tél : 05 22 81 31 31 Casablanca
R.C. 219034

سيدي معروف 1 الزنقة 71 الرقم 13 مكرر
الهاتف : 05 22 81 31 31 الدار البيضاء
س.ت. 219034

NP:45215970
IF: 34518863

Casablanca, le 15/12/2020

N° 100261

M. SALIMA SADOK

Doit

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION DU	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	SUPPLEMENT
Docteur	O.D. / O.G. /	O.D. L07 O.G. L07	O.D. / O.G. /	Zeiss AR Bleu

FOURNITURES		
Montures	Plastique	600,00
Verres	Orma Zeiss AR Bleu	
V.L. { O.D. / O.G. /		
V.P. { O.D. +2,25 (-0,25 à 90°) O.G. +2,25 (-0,25 à 45°)		700,00 700,00
LUNETTE DE LA JEUNESSE Opticien Optométriste Sidi Maârouf 1 ^{er} Rue 71 Bis N°13 Casa. ICE: 001982614000083 Tél: 0522 81 31 31	TOTAL	2000,00 Dh

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

Deux mille Dhs

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجيد سهام

اختصاصية في أمراض وجراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

Madame Salima SADOK
Casablanca, le vendredi 11 décembre 2020

Verres et monture pour vision de près:

Œil droit : (90° -0.25) +2.25,

Œil gauche : (75° -0.25) +2.25,

Dr Siham NAJID
Ophtalmologue
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
El Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème Étg en face
Rond Point Al Mostakbal Sidi Maarouf - Casa
Tél: 05 22 78 78 07

Siham NAJID

LUNETTE DE LA JEUNESS
Opticien - Optométriste
Sidi Maarouf - Rue 71 Bis N°13
Casa ICE 00 7083614000083
Tél: 0522 81 31 31

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري، إقامة ندى "A" الطابق
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدي معروف الدار البيضاء