

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0052318

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7665 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GYM ABDALLAH

Date de naissance : 18.02.1962

Adresse :

Tél. : 0661159851 Total des frais engagés : 4154,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/04/2023

Nom et prénom du malade : ABDALLAH GYM

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Correction optique

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 : CAS

Le : 29/04/2023

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
09/04/2023	S	-	3000	Dr. Rafik Agas Ophtalmologiste Espace Bureau Elina Ter Elhach Bd Oued Daouira (Haj Ratch) Oulfa - Casablanca Tel : 05 33 10 12 37 - 06 63 63 63 63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL KHAOULA Bd Oued Daouira Lotissement Habiba N° 6 ICE : 002042097000024 Tel : 05 22 92 34 58	29/04/23	54.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

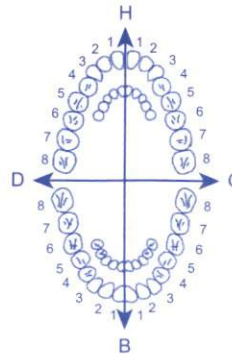
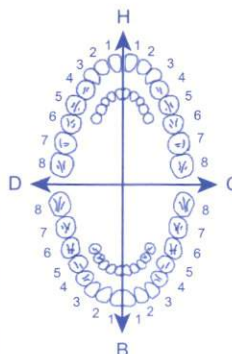
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AYAD EL KHAOULA INPE : 095023958 K-one Optic Opticien 102 Bis, Rue 50, Casablanca Ain Chock, Casablanca	03/05/2023					3.800.00 245

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															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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			Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Dr RAFIK ILYASS

OPHTALMOLOGISTE

ADULTES ET ENFANTS



د. إلياس الرفيق

**طب و جراحة العيون
للکبار و الصغار**

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne du CHU Ibn Rochd

Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالمستشفى 20 أوت

Casablanca le

29 avril 2023

Mr. GYM Abdallah

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets



VL : OD = - 0.25 (- 0.75 à 75°)

OG = Plan (- 0.75 à 75°)

VP : ODG = Add : + 2.50

54.10

LARMABAK 0,9 % COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et au besoin, dans les deux yeux, pendant 1
Mois

PHARMACIE ANNASSIM
Bd Oued Daoura Lotissement
Habiba N°62/2 Oulfa casa
ICE: 002042097000024
Tel: 05 22 93 84 58

Dr. Rafik Ilyass
Ophtalmologiste
Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued
Daoura (Haj Fateh Oulfa) - Casablanca
Tel: 05 22 10 14 59 / 06 63 55 02 04

☎ 05.22.10.12.57

☎ 06.63.65.68.04

✉ dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)

عمارة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)

FACTURE: N° 0002245

Casablanca la: 03.05.2023

Mr (e): CY7 ABDALLAH

N° de Nomenclature:

Docteur:

Monture: PLASTIQUE		1300,00
Verres: PROGRESSIF MULTIFOCAL		
Vision de loin:		
OD -0.25 (-0.75. 75°)		1250.00
OG -0.25 (-0.75. 75°)		1250.00
vision de pres :		
OD		
OG		
ADD: +2.5	TOTAL	3800.00 043

K-One Optic
Opticien

102 Bis, Rue 50 Hay My Abdelah
Ain Chock Casablanca

Je soussigné, le titulaire de la présente la facture à la somme de :

TROIS MILLE HUIT CENT 07