

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 0032968

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2405 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAHLI ABDERRAHIM

Date de naissance : 15-11-1953

Adresse : Lotissement OMARIA Rue 31 N°17

Ain Chock Casablanca

Tél. : 06 69 70 16 44 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3-08-2023

Nom et prénom du malade : MAOUHOUB KAJAT Age : 63 ans

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

Nature de la maladie : Correction optique

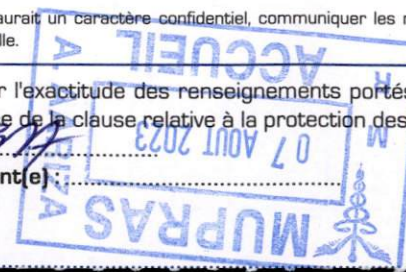
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Le : 04/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
31/08/2023	C2		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

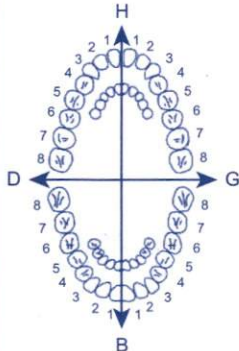
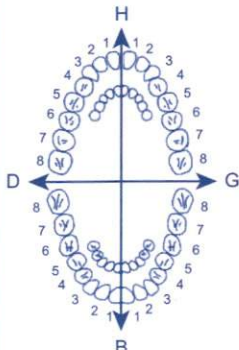
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/08/2023					3700,00

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 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				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. LAFNOUNE Zoubida

(Ep. RAZI)

Ophtalmologue

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de l'Université de médecine de Paris

PIERRE MARIE - CURIE - FRANCE

Ancienne Interne Du C.N.O des QUINZE - VINGTS
de PARIS (centre national d'ophtalmologie)

Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

Laser ARGON, YAG, EXCIMER, LASIK, PKR, FEMTO, ICL
Transeptheliale, Angiographie, Lentilles de contact, OCT

Echographie des Yeux



الدكتورة لفنون زوبيدة

(زوجة الرازي)

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة بجامعة الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الوطني لأمراض العيون بباريس

عضو رسمي بجمعية أمراض العيون الفرنسية

الليزر، العدسات اللاصقة، أنجيوجرافيا

الليزر إكسمايمر - لازيك

الفحص بالصدى

Casablanca, le: 3.8.2023 في الدار البيضاء،

MAOUTOU B

RAZI

W

present

ODG - 1

VA = 20/20 + 2,50

OPTIQUE LE BEAU COIN
Opticien - Optométriste
Bd Moudiboukhaïb bloc J N° 70
Gsm: 06 25 21 25 92 - Casa

Dr LAFNOUNE Zoubida
OPHTALMOLOGUE
124, Bd. Khalil, Hay Moulay Abdellah
Ain Chock - Casa
Tél : 05 22 52 62 74 / 06 68 74 32 15

124، شارع الخليل، حي مولاي عبد الله - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 52 62 74 - مستعجلات : 06 68 74 32 15

124, Bd. El Khalil, Hay Moulay Abdellah - Ain Chock - Casablanca - Tél. C : 05 22 52 62 74 - Urgences : 06 68 74 32 15

Optique Le Beau Coin



Patente N° 36612797 I.B. : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Moudibo Keita, Bloc (j) N° 70 - Casablanca

Facture N° 0004754

Casablanca le :

04.08/2023

Mr :

MAOUHOUB NAJAT

VL :

OD :

- 1.00

OG :

- 1.00

VP :

OD :

ADD + 2.50

OG :

ADD + 2.50

Monture :

Requisit

Verres :

Requisit

1000,00
2709,00

Total :

3709,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

mille Sept Cent

OPTIQUE LE BEAU COIN
Opticien - Optométriste
Bd Moudibou Keita bloc N° 70
Gsm: 06 25 27 25 92 - Casa