

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

M22- 0035124

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04444 Société : R.A.M. 172429
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JABER Abderrahim
 Date de naissance : 30-12-1960
 Adresse : Inara 1 Rue 13 NE 32 Ain chock Casablanca
 Tél. : 0661946601 Total des frais engagés : 5650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 10/07/2023
 Nom et prénom du malade : JABER ABDERRAHIM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☒ ALC Pathologie : Diabète
 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 : ACCUEIL Le : 10/07/2023
 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
10.07.23	CS + V3M		350.00	

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

AM PC IM IV

Menters
Vente

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

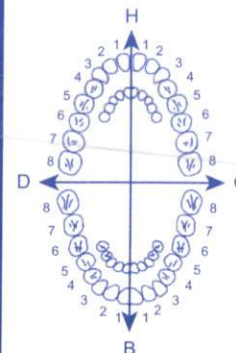
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

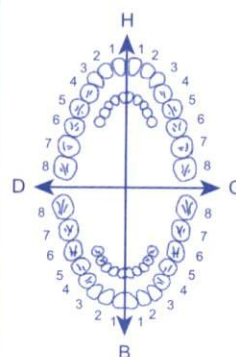
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Diplôme **Contactologie** à l'université de Bordeaux
- Diplôme **Chirurgie Réfractive** et de **Phacoémulsification** Université de Besançon
- Diplôme **Oeil et Médecine Interne** Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme **Imagerie et Pathologie Rétinienne** Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme **OCT en Ophtalmologie** à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج
فوق الصوتية
خطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول
تقوم الرؤية بالليزر - العدسات اللاسقة

Casablanca, Le 10 juillet 2023

Mr. JABER Abderrahim

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques

VL : OD = + 1.75 (- 0.50 à 80°)

OG = + 1.75 (- 1.00 à 115°)

VP : ODG = Add : + 2.50

NOTR'OPTIC
Angle Bd. 2 Mars 96 Bd.
El Kods - Alg. N°5
Imm. Al Maïd - Ah Chock - CASA
Tél : 07 22 52 59 88

Dr. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd Al Qods N°7
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods
Imm - Mag n°5 - Aïn Chok
Casablanca - Tél. : 022 52 59 88

N° Identification : 02202896
Patente : 34062115
R.C. : 127047

ICE 00003733500076

Nom et Prénom :

JABER ABDERRAHM

Date :

15/8/2023

Vision de Loin		Vision de Près	
OD : Sph	+1.75	Cyl	-0.50c 80
OG : Sph	+1.75	Cyl	-1.00c 115

Double Foyer

OD : Sph _____ Cyl : _____ ADD : _____

OG : Sph _____ Cyl : _____ ADD : _____

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : <u>optique</u>	1000 DH
	Verre : <u>antichocs presbyopes</u> <u>antireflets aminci</u>	4300 DH
Montant en lettres : <u>Cinq mille trois cents dirhams</u>		Total 5300 DH

Cachet & Signature :

NOTR'OPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
El Kods - Mag. N°5
Imm. Al Maja - Aïn Chock - CASA
Tél : 05 22 52 59 88