

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

- Reclamation : 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

N° W19-441833

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **B185** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BOUGRINE ZAKARIA**

Date de naissance : **23/09/1942 à Khouribga**

Adresse :

Tél. : **0662 78 18 82** Total des frais engagés : **3534,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **24/08/2019**

Nom et prénom du malade : **KERDOUDI FADOUA** Age :

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

Nature de la maladie :

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 : **24/08/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **09/09/2019**

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
05/08/19	C1	2500	2500	INP 004032532

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	184,40	de 24/08/15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

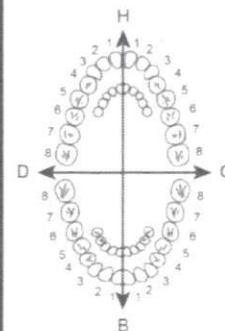
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

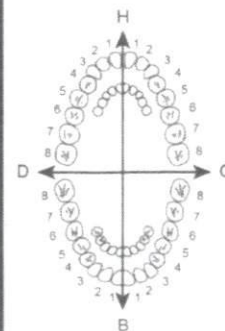
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05/09/19					3100 DM

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

الدكتورة فاطمة عامر

طبيبة اختصاصية في طب وجراحة العيون

- خريجة كلية الحسن الثاني للطب والصيدلة
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجاصي ابن رشد
- طبيبة عيون سابقا بمستشفى 20 غشت
- رئيسة قسم طب العيون سابقا بمستشفى الحسن الثاني خريبكة
- طبيبة عيون سابقا بمستشفى السقاط
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

- متخصصة في جراحة الجلالة وتصحيح النظر بالليزر من جامعة السريون بباريس
- متخصصة في علاج أمراض شبكة العين من جامعة السريون بباريس
- متخصصة في علاج وجراحة الحول وطب عيون الأطفال من جامعة نانت بفرنسا

الدار البيضاء، في 24 - 02 - 19 Casablanca, le 24 - 02 - 19

Ordonnance

Dr. Kerdouch. Faroua :

RIZKI OPTIC
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
N° 342 - LOT D'ANDOUSS
SIDI MAAROUF - CASABLANCA
Tel : 05 22 78 45 46

OD = +3,25 (- 1) 80

OG = +4,75 (- 0,5)

Addition + 2,5
anti-reflex

RIMA PHARMA
PVC : 80,00

الشواهد الطبية
لرخصة السياقة

- Diplômée en imagerie et maladies rétiniennes à la faculté de médecine Lariboisière (Paris Sorbonne)
- Diplômée en Chirurgie réfractive et Phacoémulsification à l'université de Toulouse III
- Diplômée en ophtalmologie-pédiatrique et strabologie avancée à la faculté de médecine Nantes
- Diplômée en Adaptation de lentilles de contact à l'Université Bordeaux II

INPE 091032532

تجزئة لبنى 1، إقامة لبنى رقم 1 شارع - سيدي معروف (أمام مسجد الأدارسة)
الهاتف : 05 22 78 45 46 / 06 45 03 03 14 - البريد الإلكتروني : docteuramirfatima@gmail.com

1. 75.00
Leophte: 1st + 2 SD

SV

poly. 3m

2 29.40
chi-lun-cod-m

SV

1st + 2

SD poly-10.

1st 1st + 2

1st 1st + 2

1st 1st + 2

80.00

2 Naxtce plus:

SV

184.40 1st + 2 OR

Pharmacie Jamea AL ADARSSA
AITOUHYANE Ghizlane
Dr. En P.
Lols Loubna Mag. B.
Tél. 05 22 78 55 46 - INPE : 09 41 42 5

Dr. AMER Fatima
Res. Ophtalmologie
Boulevard 1 - Eto.
en face de Jamaa Al Adariss
Tél. 05 22 78 55 46 - INPE : 09 41 42 5

RIZKI OPTIC



Facture N° 0253/2019

LE: 09/09/2019

Client: Mme. KERDOUDI FADOUA

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
ŒIL DROIT	+3.25	-1.00	80°	+2.50
ŒIL GAUCHE	+2.75	-0.50	105°	+2.50

Vision de loin :

Vision de près :

Monture : OPTIQUE

Monture :

Verre : PROGRESSIF ORGANIQUE AR

Verre :

Montant de la vision de loin :

Montant de la vision de près

ŒIL DROIT	1300
ŒIL GAUCHE	1300
MONTURE	500

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 3100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Trois mille cent dirhams**

142, LOT Dandoune - Sidi Maârouf - Casablanca. Tél : 05 22 97 34 72

Patente : **36125956** IF : **20798514** RC : **431448**

ICE : **001957304000041**



095011201