

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

- 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

N° W19-445419

15/10/2019

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4537 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FAZI Mohammed Fayçal
 Date de naissance : 03/09/1950
 Adresse : Lot 04 Park Résidence "Maupré" Champs Courts 30010 Fes Agdal
 Tél. : 0661/226010 Total des frais engagés : # 3350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/09/2019
 Nom et prénom du malade : FAZI Mohammed Fayçal Age : 69 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Amélioration
 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 : FES

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

25/09/2019

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
25/05/19	CS		200,00	INP : 1411135568

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/11/19	<i>lencdh - phs</i> <i>veux propreté</i> <i>160000</i>				550
						2600
						3150

VOLET ADHERENT

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

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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

DOCTEUR OUSSAMA TAZI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse - France
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Diplômé de l'European Board of Ophtalmology
Diplômé en ophtalmologie pédiatrique - Paris - France
Diplôme universitaire en strabologie - Nantes - France
Diplômé en chirurgie de la cataracte et de la myopie au laser



الدكتور أسامة التازي
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا
طبيب سابق بمستشفيات باريس
دبلوم المجلس الأوروبي لطب وجراحة العيون
دبلوم أمراض حول العيون من جامعة نانت - فرنسا
دبلوم أمراض وجراحة العيون عند الأطفال من باريس - فرنسا
دبلوم جراحة الجلالة وتصحيح البصر بالليزر

Fès, le mercredi 25 septembre 2019

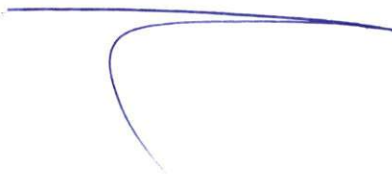
Monsieur TAZI MOHAMMED Faycal

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS ANTI-REFLET

Oeil Droit : $(35^\circ - 0.50) + 1.50$, Addition + 2.75

Oeil Gauche : $(100^\circ - 1.00) + 2.00$, Addition + 2.75



Dr. OUSSAMA TAZI
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
12 Angle Rue Zerktoni et Rue Mohamed Slaoui
Fès - Tél : 05 35 65 25 25

72, Angle rue Zerktoni (ex. Cuny) et rue Slaoui, 3^{ème} étage - Fès

Tél : 05 35 65 25 25

www.taziOphtalmo.com

GHISSASSI GO OPTIC



FACTURE N° 18291

Fès, le

9/10/19

Mr ☒ Mme

TAZI MOHAMMED LAÏSAL

Quantité	Désignation	Prix. U.	Montant												
	Lunettes optiq		550-												
<p>Type de Verres</p> <p>Progressif 1-6</p> <p>anti-reflet</p>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sph</th> <th>Cyl</th> <th>Axe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OD</td> <td>+1.50</td> <td>-0.50</td> <td>35°</td> </tr> <tr> <td>OG</td> <td>+2.00</td> <td>-1.00</td> <td>100°</td> </tr> </tbody> </table>		Sph	Cyl	Axe	OD	+1.50	-0.50	35°	OG	+2.00	-1.00	100°		<p>1300-</p> <p>1300-</p>
	Sph	Cyl	Axe												
OD	+1.50	-0.50	35°												
OG	+2.00	-1.00	100°												
	<p>Add</p> <p>+2.00</p>														
<p>Arrêtée la présente Facture à la somme de :</p> <p>Trois mille cent cinquante</p> <p>Dont T.V.A. 20% Comprise</p>		<p>TOTAL T.T.C.</p> <p>3150 DH</p>													

