

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

- 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° W19-500796

13016

C.A

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5506 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL FADAL NABIL
 Date de naissance : 11-04-65
 Adresse : 01 Rue Rembrandt Res Al Houssaine
 Palmier CASA
 Tél. : 06 68 25 9999 Total des frais engagés : 3100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAOUISSI
Professeur en Ophtalmologie
Sise à 76 Boulevard Abdouneumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél/Fax : 0522.99.46.00

Date de consultation : 25/09/2019
 Nom et prénom du malade : EL FADAL SARAH S Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Amétropie
 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.

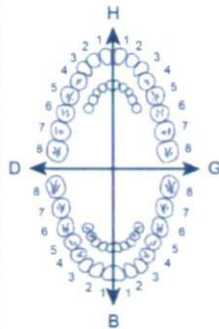
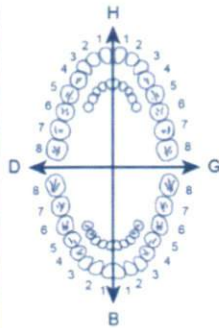
Fait à : CASA Le : 19/12/19
 Signature de l'adhérent(e) :

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
25/09/2019	G		300 DM	INP : 09111819 Dr. L. Professeur Sise à 76 Boulevard Résidence - Tél: 05 39 11 18 19 Casablanca

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	
LUNETTE ISLAM 184, Rue des Angliss Casablanca	17/10/19					2800 DM

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														

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie

Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex Professeur à la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de CASABLANCA

EX Attachée au CHU de Nantes (France)

Microchirurgie de l'Oeil

Strabisme - Phacoemulsification

Angiographie - Laser - Lentilles de contact

Chirurgie Réfractive

Agrée en Médecine Aero spatiale

الأستاذة لعويسي . ن

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

Casablanca, le :

25-9-2019

ELFADALI

Dr. LAOUISSI
Professeur en Ophtalmologie
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél/Fax: 0522 99 46 00

LUNETTE ISLAM
184, rue des Angliss
Casablanca

lunette VL corrigée pour vision

OD - 1,25

OG (180 - 0,50) - 1,25

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél/Fax: 0522 99 46 00



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca
RC Casa 264242 - Patente : 30011275

Facture N° 001844

Casablanca, le 17/10/2017

M. FODALI

Doit

Monture des Verres	Vision de Loi	Vision de Prés	Doubles Foyers	Varillux
ORNAOLINE	OD 1.23 OG 1.24	OD OG	OD OG	OD OG
Monture	Métal	Plastique		1000,- 800,- 1000,-
V.L. : - OD OG	- 1.25 (1.80 - 0.80) - 1.40			
V.P. : - OD OG				
ADD./				
TOTAL	LUNETTE ISLAM 184, Rue des Anglis Casablanca			2800,-

Arrêtée la presente facture à la somme de