

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

- 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

N° 19-484612

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23 LIK**

Matricule : **003357** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **CHATAVANI EL MOSTAFA**

Date de naissance : **01/7/62**

Adresse : **HABITAT EL**

Tél : **0068185067** Total des frais engagés : **3300,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. ABDELLAH IDHAIJI**
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des Yeux
Imm Assalam N° 27 Av Cheikh Saâdi
Talborjt - AGADIR
Tel 05 28 84 83 69

Date de consultation : **03 JAN 2020**

Nom et prénom du malade : **CHATAVANI EL MOSTAFA** Age :

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

Nature de la maladie : **Presbytie**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : **AGA** Le : **03 MARS 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nor. Coeff.	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27 JAN 2020	S		205 mg	INP : DR. ABDELMALAK IDJALIL OPHTALMOLOGISTE Maladies et Chirurgie des Yeux Assalam N° 27 Av. Cheikh Saâdi Agadir - MAROC 34000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ESPACE OPTIQUE Bd. Mohammed V N°83 CASABLANCA	8/2/22	3100,00

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

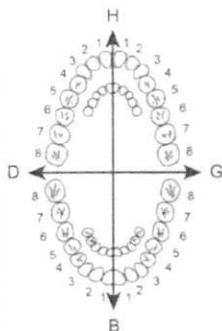
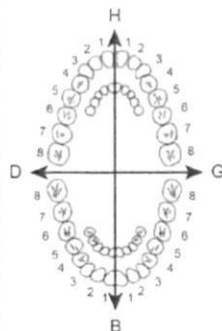
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaux, 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																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	00000000	B	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D	00000000	B	00000000																
	35533411	11433553																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة أمراض العيون CABINET D'OPHTALMOLOGIE

الدكتور أحمد بلا

إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

Dr. Ahmed BELLA
OPHTALMOLOGISTE



الدكتور عبد الرحمن ادحجي

إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

Dr. Abderrahmane IDHAJJI
OPHTALMOLOGISTE

Agadir, le 27 JAN 2020 أكادير في

CHATOUBI EL Mostafa

العين

ESPACE OPTIQUE
Bd. Mohammed V N°83
CASABLANCA

د. + 0.25

د. (70 - 0.25)

في All + 2.50

Optique collige

1/2 1/2 1/2 1/2

DR. ABDERRAHMANE IDHAJJI
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des Yeux
Imm. Assalam N° 27 Av. Cheikh Saâdi
Talborjt - AGADIR
Tél : 05 28 84 88 69 / 05 28 84 35 83



J. C. Antiqua

Bd. Moudiboukita, Bloc "J" N° 83
Casablanca
GSM : 06 02 80 47 66

FACTURE N° 105266

Casablanca le : 8/2/2020

Mr : CHATOUBANI EL Mostafa

N° de Nomenclature :	498.431	
Docteur :	Abderrahmane IDHASSI	
Monture :	Metal optique	1000, w
Verres :	ouanaq Ad	
V L :	Indicible, recouvert	
OD :	+0.25	1000, w
OG :	(70° -0.25)	1100, w
V P :		
OD :	Add + 2.50	
OG :	Add + 2.50	
Total :		3100, w
Arrêtée la présente Facture à la somme de :		
Trois mille cent dix euros —		
		ESPACE OPTIQUE Bd. Moudiboukita N°83 CASABLANCA