

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-475024

☐ Maladie ☒ Dentaire **93568** ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **22155** Société : **RAM**

Matricule : **22155**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **AL**

Nom & Prénom : **GENRI AL**

Date de naissance : **17 07 1955**

Adresse : **14 rue Mohammed V N°6 Riviera CHA**

Tél. : **0667 606053** Total des frais engagés : **2983,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

Date de consultation : **05/12/2020**

Nom et prénom du malade : **SAHROUD Khadija**

Age : **59**

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**

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



07/2022
E0119
26111:101

PPC: 135,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | 30224 | 3482050 |

Dr. LOUBNA KHAYAR
DENTISTE
Bd Yacoub El Massour, Rés
Casablanca
Tél. 05 22 25 06 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|---|-------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| HARMACIE GHAFIRI Tél. 05 22 25 06 45 | 12/19 | 183,00 |

Abourrouss et Bd des
Port-Ferme Bretonne - Casa

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

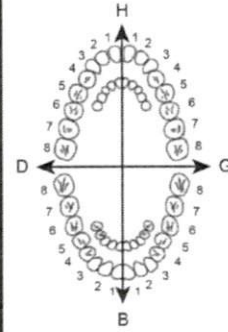
| Signature du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

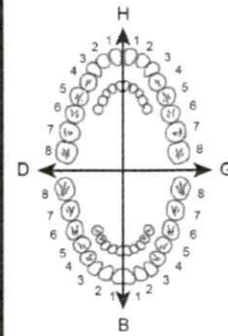
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| TAKI OPTIC Optique & Optométrie | 13/10 | | | | | 2500,00 DH |

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

| | |
|-------------------------|--|
| DEBUT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT 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

235, شارع يعقوب المنصور - اقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im. " A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie Lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 05/12/19 : الدار البيضاء، في :

Dr. Loubna Khayar Benjeloun

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالاشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

OEIL GAUCHE

*+10 (-90,80)
+0,25 (-25,45)*

2 pairs

Photo *In cent*


ADDITION VISION DE PRES

+200
RD

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés.
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

TAKORHC
Opticien & Optométriste
235 Bd Yacoub El Mansour Résidence Al Anfal Etage N°2 Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

Facture

| | | |
|--|--|--|
|  | Facture N° : 138 Date : 2020-03-03 Client : SAHMOUD KHADIJA | TAK OPTIC 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif Tel: 0522-256704 |
|--|--|--|

| VS | SPH | CYL | AXE | ADD |
|-------|-------|-------|-----|-------|
| VLVPD | +0.50 | -0.50 | 80 | +2.50 |
| VLVPG | +0.25 | -0.25 | 40 | +2.50 |

| N° | Désignation | Qte | PUTTC | MT |
|----|------------------------------------|-----|--------|--------|
| 1 | PROGRESSIFS SELECTA ORGANIQUES 1.6 | 1 | 900.00 | 900.00 |
| 2 | PROGRESSIFS SELECTA ORGANIQUES 1.6 | 1 | 900.00 | 900.00 |
| 4 | MONTURE OPTIC | 1 | 700.00 | 700.00 |

| | | | |
|----------|---------|-------------|---------|
| TVA | 20% | Total TVA | 416.67 |
| Total HT | 2083.33 | Net à payer | 2500.00 |

Arrêtée la presente facture à la somme :

deux mille cinq cents Dirhams

TAK OPTIC – 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif – 0522-256704 – takoptic@gmail.com
 IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE:095014494


 Opticien & Optométriste
73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif - 0522-256704 - takoptic@gmail.com