

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

- 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° W19-515452

ND: 29079

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9937

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : FARIS LOUBNA

Date de naissance : 08/10/1965

Adresse :

Tél. : 066465506

Total des frais engagés : 2250 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MRAD DALI Ahmed Imad
Ophtalmologiste
Imm. Liberté Boulevard de la Résistance
Ben Jdid Casablanca
Tél. 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

Date de consultation : 25/02/2020

Nom et prénom du malade : FARIS LOUBNA

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 :

Le 16/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

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

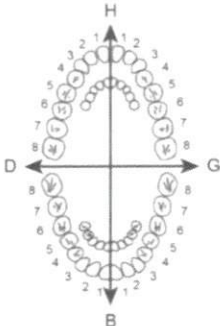
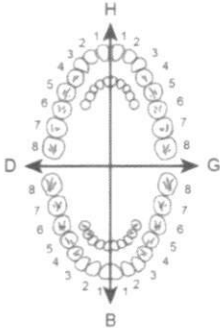
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
EL HARIM OPTIQUE SARL 148, Bd. de la Liberté Boukde Kassablanca Tél. : 05 22 48 62 31	29/01/2020					195000

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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux - **phacoémulsification** à ultrasons
Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser
Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

Dr. Mrad Dali Ahmed I.

OPHTALMILOGISTE

Spécialiste Diplôme Casablanca 25/02/2020
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية طب بباريس

Madame FARIS LOUBNA

Prescription d'une paire de LUNETTES :

VERRES DE PRES ORGANIQUES ANTIREFLET
MULTICOUCHES

Oeil Droit : +2,25 (-0,50) à 25°

Oeil Gauche : +2,00 (-0,50) à 135°

EL HARIR OPTIQUE S.A.
48, Bd. de La Liberté
Benjdia - Casablanca
Tél : 05 22 44 50 00

+ monture

EXIGEZ VOTRE CERTIFICAT D'AUTHENTICITE
Garder des copies de vos ordonnances.

DR. MRAD DALI AHMED IMAO
Ophtalmologiste
Imm. Liberté Boulevard de la Résistance
Ben Jdid Casablanca
Tél : 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42



Client n° : 1458

FARIS Loubna

Facture client N° : 007025/2020

Correction	Sph	Cyl	Axe
O.D	+2,25	-0,50	25
O.G	+2,00	-0,50	135

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Monture	Monture	1	950,00	950,00
Verre	Organique AR 1.6	2	500,00	1 000,00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT : 1625,00

TVA (20%) 325,00

Total TTC : 1 950,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS TTC

Cachet Casablanca, le 29/02/2020

EL HARIM OPTIQUE SARL
148, Bd. de la Liberté
Benjouda - Casablanca
Tél : 05 22 44 62 0

Adresse : 148, Bd la Liberté Res Colombier I Benjouda 20120 Casablanca TEL : 0522446291

Email : elharimoptique@hotmail.com ICE : 000027828000006 CNSS : 6561238 RC : 123341 Patente : 34390018 IF : 1100493