

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

- 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° W19-511829 / 02438.

N° D. : 34902

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2438 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ZEIN Mustapha

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : Dar Lamane Bloc E I 77 126 n° 3

H 7 - Casablanca

Tél. : 06-60-06-00-20 Total des frais engagés : + 2900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Bouchra CHAHID
Ophtalmologue
Hay Tamel 40 N° 22
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05 22 73 04 35

Date de consultation : 27/01/2020

Nom et prénom du malade : EL ZEIN Mustapha Age :

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

Nature de la maladie : ophtalmologie

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 : 28/07/2020

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
27/02/2020	2		2000	INP : 0910242681 Dr. Bouchra CHAHLIL Sidi Barousse, Casablanca Tel: 05 22 79 04 35

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/04/2020	22000

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
		[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		

Dr. CHAHID Bouchra

Ophtalmologiste
Diplômée de l'Université de Lyon (France)
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des yeux
Laser phacoemulsification
Correction de la Myopie par lasik
Diplôme Universitaire de Contactologie
et Biomatériaux



الدكتورة شهيد بشري

اختصاصية في طب العيون
خريجة جامعة ليون (فرنسا)
عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون
أمراض وجراحة العيون بالليزر
علاج قصر البصر باللازك

Casablanca, le 27/6/2020 في الدار البيضاء،

MERZAK

mustafa

lunettes : -70mm + Ventes

progress/
photograph

VL

+0,50 (-1,25 = 115°)

VR

+0,25 (-1,25 = 85°)

VR add + 2,25

ENTRE OPTIC OPTOMETRISTE
SARL AU
69, Bd de Paris
Casablanca

Dr. Bouchra CHAHID
Ophtalmologiste
Hay Tarik, Rue 40 N° 22
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 75 04 35

05 22 75 04 35 : الهاتف - الدار البيضاء - سيدي البرنوصي - رقم 22 - حي طارق زنقة 40

Hay Tarik, Rue 40 N° 22 - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 04 35

ICE : 001707296000027

Centre Optic Optometriste
ICE 001530868000010

69, Bd de Paris
20100 Casablanca
Tél: 0522222210
Fax: 0522261850

FINESS : INPE 095005740

FACTURE COMPL. N° : F20/0692

Date : 09/07/2020

N°PEC :

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **MERZOUK MUSTAFA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

Corrections :

VL D. Sph: +0.50 Cyl: -1.25 Axe: 115° Add: +2.25

VL G. Sph: +0.25 Cyl: -1.25 Axe: 85° Add: +2.25

VP D. Sph: +2.75 Cyl: -1.25 Axe: 115°

VP G. Sph: +2.50 Cyl: -1.25 Axe: 85°

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
Verre SELON PRESCRIPTION MEDICALE	1100.000	2227038	10.370	6.220		1100.000
Verre SELON PRESCRIPTION MEDICALE	1100.000	2227038	10.370	6.220		1100.000
Monture	500.000	2223342	2.840	1.700		500.000
TVA (0%) (Dh)	431.092					
TOTAL TTC (Dh)	2700.000		23.580	14.140		2700.000
NET A PAYER par l'assuré (Dh)	2700.000					

Mentions légales

Facture acquittée