

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° W19-589353

50735

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6882 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABDELLAOUI Lhoussine
Date de naissance : 28.09.1956
Adresse : 76, Appt N°1 RDC Lij Fatch CASABLANCA
Tél. : 0664738897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENHOUSSA
Cof. Motomoteur Hon. Path.
Lotissement Hay Fatch N°119
Appt N°1 Oulfa - Casablanca
Tél. 65 22 36 35 29 - Gsm. 06 60 00 00
09 DEC. 2020
ACCUEIL

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ABDELLAOUI Ghita Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection Dentaire
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 Le : 20 / 09 / 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
20/07/2020	Cs		2500 Ft	INP : 001MTR585

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ASSIM 137 Bis, Bd Koulyate Hadj Faten Ouïla - Casa - Tél: 0522 90 11 33 INPE: 092010553 ICE: 002042097000024	20.07.2020	153.70

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

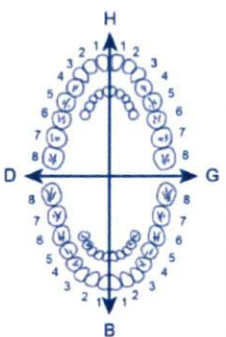
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 	23/07/2020		Monture + verres			1200,00 Ft

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	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca

Sur rendez-vous الزيارة بالموعّد

Casablanca, le :

الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب و الصيدلة

الدار البيضاء

20 juillet 2020

Mlle ABDELLAOUI GHITA

Monture + verres correcteurs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.75

OG = - 0.75

90,70

1/ OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

63,00

2/ PHYSIODOSE X 6 UNIDOSES

lavage oculaire en cas de démangeaisons, dans les deux yeux

153,70



~~Dr BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologue - Homeopathe
Lotissement Haj Fateh N° 169
Appt N° 1 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 89 36 20 - GSM : 06 66 38 53 36~~

OPTIC FREE VISION
Opticien - Optométriste
137 Bis, Bd Khouassat Haj Fateh
Oulfa - Casa - Tél : 05 22 90 11 33

LOT

G208325
2022 12

CE 1014

(Année apposition
marquage CE : 2015)



STERILE A



PPC : 63,00 DHS



Distribué par Gilbert Maroc
22, Rue Ennajaf - Quartier Derb
Ghallef Maarif - Casablanca - Maroc



9 788420 53231 8

Facture N° : 28/7/2020

Le 23/07/2020

Client: ABDLAOUI

GHITA

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT	-0.75			
OEIL GAUCHE	-0.75			

Vision de Loin :

Monture:

Verres : correcteurs antireflets filtre anti lumière bleu

Montant de Loin:

OEIL DROIT	300,00
OEIL GAUCHE	300,00
MONTURE	600,00

Vision de Prés:

Monture:

Verres :

Montant de Prés:

OEIL DROIT	0,00
OEIL GAUCHE	0,00
MONTURE	0,00

PRIX T.T.C

1 200,00

PRIX H.T

1 000,00

TVA

200,00

Arreté la présente facture à la somme de:

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

OPTIC FREE VISION
Opticien - Optométriste
137 Bis, Bvd Kouliyate Hadj Fateh
Oulfa - Casa - Tél: 0522 90 11 33

I.C.E : 0017892243000028
RC : 362763
INPE : 095014080