

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.

Mle 2647
Declaration de Maladie



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

N° W21-729891

Maladie **Dentaire** **Optique** **A**

Cadre réservé à l'adhérent(e) : **02647** Société : **RAM**

Matricule : **02647** Pensionné(e) Autre

Actif Nom & Prénom : **RHARDE - EL MOUSTAFA**

Date de naissance : **03/NOV/1957**

Adresse : **30 Bd. Gharbi 907 09
VILLE / CASABLANCA**

Tél. : **066109351** Total des frais engagés : **1900,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02 SEP. 2022**

Nom et prénom du malade : **RHARDE - EL MOUSTAFA** Age : **65**

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

Nature de la maladie : **Arthrose**

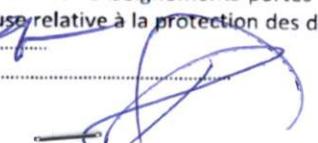
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **ESSAOUIRA** Le : **27 OCT 22**

Signature de l'adhérent(e) :



27 OCT 2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2 SEP. 2022	DS		300,00	INP : 123456789 OPTAMOTOLISI DR. BEAUMAIS
2 SEP. 2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	2012					160,200

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

OPTIQUE Najat

Vente & Réparation des Lunettes

Bd. Moudiboukeita Bloc J

N° 57 - Casablanca

Patente N° 36616612



نظارات نجاة

بيع و إصلاح النظارات

شارع مودبوبوكينا بلوك (ج)

رقم 57 - الدار البيضاء

الباتا : 36616612

FACTURE N° 001118

M : RHAREF MUSTAFA Casablanca, le : 29/10/2022
Doit

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture : OPTIQUE 6.00

Verres : lunettes Blane AR 1.00

VI :

OD :

OG :

VP :

OD : +2/0

OG : +2/0

Total : 16000

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Mille Six cent Dirhams

RC: 264852

CE: 001790060000088

IF: 50701272

65M 06/06/2028-2-2
OPTIQUE NAJAT
N. 57 DABOUE
CASABLANCA
MOROCCO

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologist

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين
أمراض وجراحة العيون
خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucoma - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 02 - 09 - 2022

Patient : Monsieur RHAREF Mustapha

MONTURE / VERRES DE PRES ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : + 2,50

Oeil Gauche : + 2,50

Gsm 0670655322 -
Gsm 0670655322 -
OPTIQUE D'IBNOU BABEK
OPTIQUE D'IBNOU BABEK
OPTIQUE D'IBNOU BABEK
OPTIQUE D'IBNOU BABEK



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca
• Tél.: +(212) 522 362 000 / 02 / mariopthta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40