

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° W21-764807

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSKI ARBELA

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : 23 RUE ANOUAL RESID FLAURY

Tél. : 0660308685

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fadela MAHDI
Ophtalmologue
Angle Av. Mohamed Diouri &
rue Amira Aïcha n° 9 - Imm. Annakhil
Kenitra - Tél. : 05 37 39 42 40

Date de consultation : 22/10/2022

Nom et prénom du malade : ENOUSKI ARBELA

Age : 59 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anxiété

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 : 22/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-764807

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[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
		AM	PC	IM	IV	
	25/10/22					T. 2209020

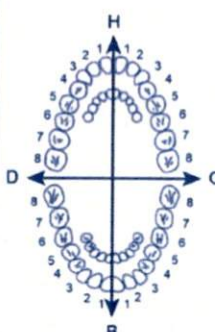
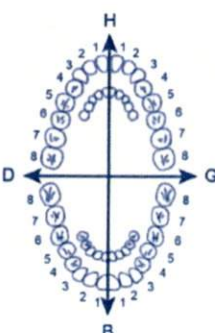
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(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

Dr. Fadela MAHDI
Ophthalmologiste
 Maladies et chirurgie des yeux
 Angiographie numérisée
 Laser - OCT
 Ex. attachée à l'Hopital militaire
 d'instruction Mohamed V - Rabat



الدكتورة فضيلة مهدي
 أخصائية في أمراض وجراحة العيون
 تصوير لأوعية المرقوم - الليزر
 فحص الشبكة بالليزر
 طبيببة سابقة بالمستشفى العسكري
 الدراسي محمد V - الرباط

ENUSKE D. ABDULNASSIR
 Kénitra, 1e
 2022/01/22

correcteur

OK

$$OD = + 0,50$$

$$OG = - 0,50 \quad 2^{\circ} 55'$$

correcteur

pro

$$ODE = 2,28 + 2,28$$

CONFORT OPTIQUE
 17, rue El Hamidi, Marrakech
 Tél: 05 37 36 60 90
 06 27 00 00 30

Dr. Fadela MAHDI
 Ophthalmologue
 Angle Av. Mohamed Diouri &
 rue Amira Aïcha Imm. Annakhil 1er
 Etage Bur. n° 9 - Kénitra
 Tél: 05 37 39 42 40

شارع محمد الديوري زنقة أميرة عائشة عمارة النخيل الطابق الأول رقم 9 - القنيطرة.

Angle Av. Mohamed Diouri et rue Amira Aïcha Imm. Annakhil 1er Etage Bur. n° 9 - Kénitra.
 Tél.: 05 37 39 42 40 GSM : 06 32 77 75 18 E-mail: docteurfadela4@gmail.com

Confort Optique

17, Rue El Hansali Mag N° 1 (Près de C.T.M)

Kénitra - Tél. : (05) 37 36 60 90

R.C. : 45468 - Patente : 201 10 942

I.F. : 288 23 742 - CNSS : 65 85 262

Kénitra, Le 25/10/2022

FACTURE

N° 00790

payé espèces

M. ENOUSKI

Dr. CADELLA MAHDI

Abdelmajid

VISION DE LOIN

VISION DE PRES

OD: Sph +0,50 Cyl

OD: Sph Cyl

OG: Sph Non Cyl (-0,50 à -1,50)

OG: Sph Cyl

ADD: +2,25

QUANTITÉ

DESIGNATION

PRIX

Monture :

600,00 DH

Verres :

Progressifs presque
Anti Reflex Super
Arc de 2 à 3 mm

1600,00 DH

MONTANT (en lettres)

Total TTC :

7220,00 DH

Deux Mille deux cent vingt

Cachet Signature

Confort Optique
17, Rue El Hansali, Mag N° 1
Tél: 05 37 36 60 90
Kénitra