

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Étage 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° W19-485627

145166

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2684 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ben Cheikh Nouzha

Date de naissance : 20-06-1954

Adresse : 26B Golf City Ville Verte

Tél. : 0663 1179 10 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/07/2023

Nom et prénom du malade : Ben Cheikh Nouzha Age :

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

Nature de la maladie : Infection + SIDA

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 : 12/01/2023

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
10/01/2023	CS		22.000	INP : 09 11 88060

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
10/01/2023						800.00

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>				H		28533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553
	H															
	28533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[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												

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

عيادة طب وجراحة العيون

Dr Mounia BOUKARI
Spécialiste en Ophtalmologie



الدكتورة مونية بوكري
اختصاصية في طب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Bouskoura le : 05/07/2023 بوسكورة في

جراحة الجلالة
تصحيح البصر لاليزر
أمراض الشبكية
أمراض العيون عند الأطفال
تقويم الحول
مسالك الدموع
داء الزرق

Ben cheikh Nouzha

lunettes de correction
optique

Chirurgie de Cataracte
(Phaco-emulsification)
Chirurgie réfractive
Maladies Rétiniennes
(Angiographie-OCT_Laser)
Ophtalmologie Pédiatrique
Strabologie
Chirurgie de voies
lacrymales
Glaucome

VA Add + 2,75 0D4

إقامة الزهراء عمارة 8
الطابق الأول رقم 5 بوسكورة
الدار البيضاء

(قرب محطة القطار)

Résidence EZZAHRA IMM 08
1er Etage N°5 BOUSKOURA
CASABLANCA
(Près de la gare BOUSKOURA)

✉ cabinetmouniaboukari@gmail.com
05 22 59 28 36
06 39 07 62 74

SCALE OPTICAL
Opticien Optométriste
Diar El Andalouss III RDC GH 48
mm. 1 N° 6 Bouskoura - Casablanca
Tél.: 05 22 10 22 23

Dr MOUNIA BOUKARI
Specialiste en Ophtalmologie
Résidence Ezzahra Imm 8
1er étage N°5 Bouskoura - Casa
Tél: 05.22.59.28.36

Vers All. n°16



SCALE OPTICAL

Opticien Optometriste

Diar El Andalouss III RDC

GH 4B Imm 1 N° 6 Bouskoura - Casa

FACTURE

N° 000532

Tél : 05 22 10 22 23 - GSM : 06 80 06 85 97

RC : 447610 - ITP : 32902347 - IF : 48529758

ICE : 002732853000093

DAT : 10/01/2011

MONTURE (Mme) : Bouchikh Nourha

MONTURE : Optique

VERRES : ORDA 2,56 Sen

VL : OD : +2,75

OG : +2,75

VP : OD.ADD : _____

OG.ADD : _____

Arrêté la présente facture à la somme de : huit cent

d/h

SCALE OPTICAL
Opticien Optometriste
Diar El Andalouss III RDC
Imm. 1 N° 6 Bouskoura - Casahia
Tél.: 05 22 10 22 23

1000 dh

2000 dh

2000 dh

800 dh