

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-687154

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7139		
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		TAZEDDINE SALWIA	
Date de naissance :			
Adresse :		Rue adresse	
Tél. :	066 129 4950 Total des frais engagés : 146864 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : _____ Le : _____
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-687154

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 : 7139
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

RELEVE 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
27.12.2022	CS		CHAMIE CHEFMAISON Professeur d'Opticien Fixe : 05 37 67 66 66 Mobile : 011079281	LEARTECHNOLAB 28

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		A M	P C	I M	I V	
FACTORY'S OPTIC Complexe El Haj Rida, Hay Rida RABAT - Tél : 05.37.71.71.21	14-01-23					2500.00 dhs. TTC

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cur.

مصححة العيون الرياط

Clinique de la Vision de Rabat

ΕΘΝΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

PT1901104175

26 décembre 2022

NEJJAI Jamal Eddine

Monture + verres correcteurs

Vision de loin :

OD = + 0.75 (- 1.00 à 95°)

$$OG = +1.00 \text{ (-1.00 à } 70^\circ\text{)}$$

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

M. CHARIF CHEFCHAOUNI Med
Professeur d'Ophtalmologie
26 Avenue d'Oriental
Agdal, Rabat, Ibn Khaldoune.
Tél : 05 37 66 06 06





Le 14-01-2023

FACTORY'S OPTIC

Imm 16, Magasin N°68, Résid Mahaj Riad ,
Hay
10052 Rabat
Tél: 05 37 37 61 63
ICE: N°000096270000019

M. NEJJAI JAMAL EDDINE

Facture

F-2023-0315

Réf.	Désignation	Quantité	PU HT	PU TTC	Total HT	Total TTC
	VISION DE LOIN	1.00	666.67	800.00	666.67	800.00
	VERRES ORGANIQUES AR	2.00	187.50	225.00	375.00	450.00
	VISION DE PRES	1.00	666.66	799.99	666.66	799.99
	VERRES ORGANIQUES AR	2.00	187.50	225.00	375.00	450.00

FACTORY'S OPTIC
68, Complexe Mahaj Riad
RABAT - Tél: 05.37.37.61.63

Total HT :	2,083.33DH
TVA : TVA 20% 2,083.33D	416.67DH
Total TTC :	2,500.00DH
Net à payer :	2,500.00DH

Net à payer :deux mille cinq cents DH