

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

- Reclamation : 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° W21-788612

151992

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9813 Société : KEAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUBI MICHAEL

Date de naissance : 01/05/1971

Adresse :

Tél. : 0661187091 Total des frais engagés : 5300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/2023

Nom et prénom du malade : BEAUSIR Rachide Age : 51 ans

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

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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 : 06/05/2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
19/10/23	consult		gratuit	INPE: 001035709

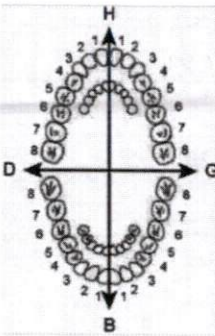
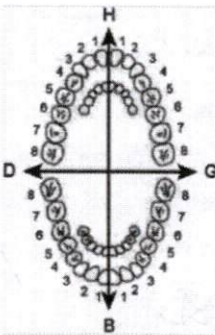
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ERATOPTIQUE by Soufiane ELADLOUN 303, Bd Ziraoui, Casablanca 0612 49 27 89 / Fax: 0622 49 27 40 INPE: 0095001855	24/12/23	5.300

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	

VOLET ADHERENT

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

				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Docteur RATNANI Kenza

Ophtalmologiste

Ancien Medecin du CHU Ibn Rochd Casablanca
Membre de la Société française d'Ophtalmologie
Chirurgie de la cataracte par phacoemulsification
chirurgie réfractive /strabologie
Lentille de contact / Angiographie , laser , Echographie

الدكتورة رتناني كنزة

إختصاصية في طب وجراحة العيون
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي
إبن رشد - الدار البيضاء
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
جراحة الجلالة بالليزر - أمراض الشبكية
تصوير أوعية الشبكية - العدسات اللاصقة

19 janvier 2023

Marrakech , le : في مراكش ,



Mme BELKABIR Rachida

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.50

OG = + 0.75

VP : ODG = Add : + 2.00

KERATOPTIQUE
Mly Soufiane EL ADLOUNI
303, Bd Zhaoui - Casablanca
Tel : 0622 49 27 39 Fax : 0622 49 27 40
INPE : 0095001255

Dr. RATNANI Kenza
Ophtalmologiste
Av. Hassan II Centre Koutoubia 2
Apprt N° 2 1er Etage - Marrakech
Tel/Fax : 05 24 44 66 96

INPE : 091035709

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدرك الملكي باب دكالة)
مراكش الهاتف/الفاكس : 05 24 44 66 96 - المحمول : 06 61 10 73 32

Av. Hassan II, Centre Koutoubia 2, Apprt 2, 1er Étage (en face gendarmerie Bab Doukkala) Marrakech
Tél/Fax : 05 24 44 66 96 - GSM : 06 61 10 73 32 - E-mail : ratnanikenza@gmail.com

KERATOPTIQUE

OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA
Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745
CNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077
INPE : 0095001855

FACTURE N° 0010921

M. *Belkadir Adida* 24/2/23

Vision de loin		Vision de près	
OD: Cyl	Sph	OD: Cyl	Sph
OG: Cyl	Sph	OG: Cyl	Sph

Double Foyer

OD: Cyl Sph *+0.75* ADD *+2.00*
OG: Cyl Sph *+0.75* ADD *+2.00*

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <i>monture</i> <i>optique</i> <i>pi Mon</i>	<i>1.300,-</i>
2	VERRE <i>verre progressifs</i> <i>argente + traitement</i> <i>At. reflect Nikon</i>	<i>4.000,-</i>

Montant en Lettres <i>Cinq mille trois cent</i>	TOTAL	<i>5.300,-</i>
---	-------	----------------



chq - C.D.I.
200.4484.124

Cachet, Signature
KERATOPTIQUE
Mly Soufiane EL ADLOUNI
303, Bd Ziraoui - Casablanca
Tél : 0622 49 27 39 Fax : 0622 49 27 40
INPE : 0095001855