

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 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

M22- 0058529

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

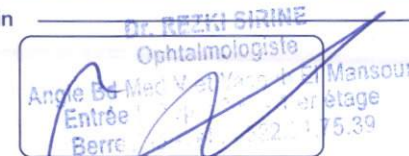
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05534 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NANI Abdelmajid
 Date de naissance : 08-09-1960
 Adresse : Residence EL Wahda Imm F5 Appt 4A Berrechid
 Tél. : 0662130426 Total des frais engagés : #2750# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/03/2023
 Nom et prénom du malade : NANI Fatima Zahra Age : 54
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CMN Le : 30/3/2023
 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
17 MARS 2023		1 c/s	259.00 DH	Dr. REZAK Ophtalmologiste Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour Entrée B Appt n° 5 - 1er étage Berkredj - Tel: 0522.51.75.39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ophtho Bis Rue Média Berkredj Te 0522 32 41 14 IF 06 10051-Pai N 40088-CNSS 224430	29/03/2023	2500,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

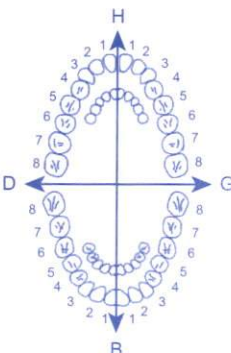
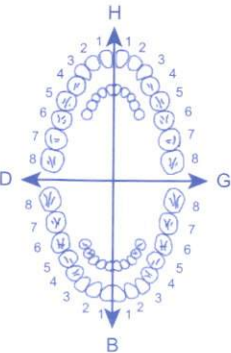
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

optic ntact

Opticien



Khalid Admy
Opticien Optométriste

Facture N° 1965/23

Berrechid, le

29/03/2023

Client : Mr NAAU; Berra 23/11/23

Code	Description	Total
431	R vision des progrès	1000-
431	myops 4n/20 ne	1000-
	inter	500-
	RTW	2500-
	$\Delta +0.50 (-0.50 \div 100)$	ARM.
	$OG +0.50 (-0.50 \div 95)$	8,7r.

Arrêtée la présente Facture à la Somme de

Deux mille 250 000

Dr. REZKI Sirine

Ophtalmologue et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

جراحة الجلطة بالليزر ، تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية ، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

17 mars 2023

Mme NAANI Fatima Zohra

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 0.50 à 100°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 95°)

VP : ODG = Add : + 2.75

LIPOSIC GEL CL

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

FLUCON

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 1 fois par jour pendant 7 jours, dans les deux yeux

OPATANOL: COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

OPTICIELLE
Khalid
S. de Rue Medina Berrechid
06 00051 P. N
40707-88-CNS
0322324
Dr. REZKI Sirine
Ophtalmologue
Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour
Entrée B Appt n° 5 - 1er étage
Berrechid - Tél : 0622.51.75.39

زواية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق النول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél: 05 22 51 75 39/Whatsapp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com