

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037925

60796

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9693 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

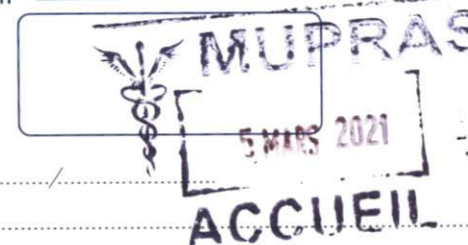
Date de naissance : 30/08/1955

Adresse : Fleuve (2) Lot HM Bouznika

Tél. 0654725958 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 15/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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"/>											
				Montant des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>												
			Fin d'exécution <input type="text"/>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle 9693
DECLARATION N° P 17/0063855		 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
11/03/2021	3750 DH	3. Pièces	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



P 17/ 0063855

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9693	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		ERRISSOUL JAMAL	
Fonction	AGENT	Phones 0654725958	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		JAMAL ERRISSOUL
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 68
Nature de la maladie		Date 11-03-2021	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances #250 DHS Nom Errissoul Jamal			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
4	CS	7	
PHARMACIE	Date		12-03-2021
Montant de la facture			
		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	12-03-2021
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		3500.00	
1184, Rue Anglaise Bouira Jdida - Casablanca			

Dr. HATIM SOUKTANI

Ophtalmologiste
DIU de chirurgie réfractive
De phacoémulsification
D'OCT et de chirurgie vitreo rétinienne
Université de Bordeaux
Formation au quinze-Vingt Paris
et à Jules Gonin Lausanne (Suisse)
Rétine médicale et contactologie
Examen d'aptitude de conduite



الدكتور حاتم السكتاني

طب و جراحة العيون
دبلومات الجراحة الانكسارية
و جراحة الجلالة بالليزر
التصوير المقطعي للعين و الجراحة الشبكية
جامعة بورديو
تكوين في مستشفى 20 - 15 بباريس
وجول غونان بلوزان سويسرا
شبكية العين الطبية و علم العدسات اللاصقة
فحص القدرة على السياقة

Bouznika le: 11-03-2021 بوزنيقة في

ORDONNANCE

ERRISSOU JAMAK

lunette pour VL
centre

OD + 2,75

OU + 1,25

Add pres +2,75

LUNETTE ISLAM

184, Rue Anglès
Bchra Jdida - Casablanca

F.O. normal
des particularités

HATIM SOUKTANI
OPHTALMOLOGISTE
Résidence Rahat El Bai Kelma 8, 1er Etage
Appt. 3, Boulevard Hassan II - Bouznika
Tél : 05 37 74 54 10

Résidence Rahat El Bai Kelma 8, 1^{er} Etage Appt 3 Boulevard Hassan II Bouznika *** Tél : 05.37.72.32.48

إقامة راحة البال كلمة 8 الطابق 1 شقة 3 شارع الحسن الثاني بوزنيقة *** الهاتف : 05.37.72.32.48



نظارات اسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 00547430000120

Facture

N° 003863

Casablanca, le 12-03-2021

M. ERRISSOUH Jamal Doit

Monture des Verres	Vision de loi	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
<i>Progressif</i> OD	OD	OD	OD	OD
<i>AN</i> OG	OG	OG	OG	OG
Monture	Metal	Plastique		80000
V.L. - OD + 2,31				1350,00
- OG + 1,21				135,00
V.p. - OD				
- OG				
ADD. / + 2,75				
TOTAL				3500,00

Arrêtée la presente facture à la somme de

[Signature]