

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïja 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

Declaration de Maladie

N° W19-437229

N°D. 14.369

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11551 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARISS HASSANE
 Date de naissance : 01/03/78
 Adresse :
 Tél. : 06 61 34 56 25 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Centre d'Ophtalmologie B1 Anzarane
 Dr. Houda M. HIFI
 Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
 36, Bd B. Anzarane 1er Etage Appt N° 2 Casablanca
 Tél : 05 22 25 26 20
 Date de consultation : 28/09/19
 Nom et prénom du malade : ARISS HASSANE
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : CS. ophtalmologie
 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) :

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
23/12/19	CS		2100	INP : 0011668841

Centre d'Ophtalmologie Bir Anzarane
Dr. Houda Khouf
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
36, Bd. Bir Anzarane 1er Etage Appt N° 2 Casablanca
Tél : 05 22 25 26 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
	23/12/2019	2100,00

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

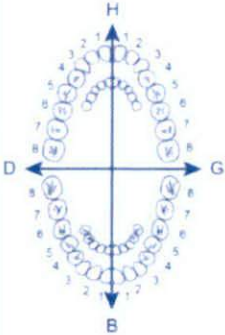
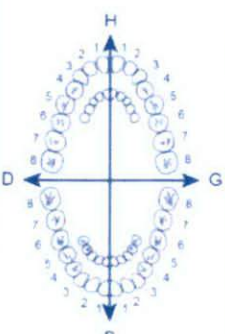
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession			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



مركز العيون بئر أنزران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة جامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 28/03/19 : الدار البيضاء في

Axim Hamane,

$\text{OD} = (-1,50 \text{ à } 175^\circ)$

$\text{OG} = (-1,25 \text{ à } 2^\circ)$

Verres + correction

à l'usage
à l'usage

AREAOUI
OPTICAL
96 Rue Abou Ishek El Meryani
Marrakech / Tél.: 05 22 23 50 93

Centre d'Ophtalmologie Bir Anzarane
Dr. Houda KHLIFI
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
36, Bd Bir Anzarane 1er étage Apt 102 Casablanca
Tél : 05 22 25 26 20



98 Rue Abou Ishak El Marouni-Maarif-Casablanca Tel 0522235093
RC: 270915 PATENTE :35793255 I.F:14390245 CNSS:9322314
ICE : 000160972000035

FACTURE N° 469

M. ARISS HASSANE

Casablanca, le 23/12/2019

Dn: Houda Kkifi ép. Chentate

V _L	OD	-1,50 à 175°
	OG	-1,25 à 2°
V _P	OD	
	OG	

D.F.	OD	
	OG	
PROGRESSIF	OD	
	OG	

Fournitures

	Vision de loin	Vision de près
Monture: <i>devue.</i>	700,00	
Vers: <i>Organique Anti-reflet</i>	1400,00	

TOTAL :

2100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : *Deux mille cent dix euros*

Signature