

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.



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-549543

32586

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6813

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUHASSOUN NOUREDDINE

Date de naissance : 09/01/1965

Adresse : RESIDENCE RAMI IV Apt 18 PLACE LOUIS
PASTEUR QU. DES HOPITAUX CASABLANCA

Tél. : 0661065067

Total des frais engagés : 3800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AZHARI Musrappa
OPHTHALMOLOGUE
131, Boulevard Abdelloumen
6ème Etage N° 15 CASA
Tél / Fax 0522 27 60 67

13 JUIL 2020

Cachet du médecin :

08 JUIL 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BOUHASSOUN BOUHAIDA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GENO

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/07/2020

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
08 JUIL 2020		300 ✓	DN	INP : 091047951 DRZ HOPHTALMILOGIQUE 131, Boulevard Mustapha 4 ^e étage, Abidjan Tél / fax : 010 22 15 27 60 01 S 22 15 CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
LUNETTES ISLAM 184, Rue des Anglais, Bhira Jdida	10/07/2020					3000 DH

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.

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"/>															
<p>ODF PROTHESSES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>I</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				I	25533412	21433552	D	00000000	00000000	H	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
I	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
H	00000000	00000000																	
G	35533411	11433553																	
B																			
				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															

Dr. Mustapha AZHARI

Spécialiste des Maladies
et de la Chirurgie des Yeux
Ancien Interne des hôpitaux
de Toulouse (France)
Laser Excimer - Strabisme
Contactologie



الدكتور مصطفى أزهري

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات

تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول

العدسات اللاصقة

Casablanca, le 08 juillet 2020

Mme BOUHASSOUN OUMAIMA

Monture + verres correcteurs

Antireflets multi-couches

OD = Plan (- 0.50 à 170°)

OG = Plan (- 0.50 à 180°)

LUNETTES ISLAM
184, Rue des Anglais Ghira Idka
Casablanca

Dr. AZHARI Mustapha
OPHTHALMOLOGUE
131, Boulevard Abdelloumen
4ème Etage N° 15 CASA
Tél / Fax 0522 27 60 61

131، شارع عبد المؤمن (زاوية زنقة غاليان) إقامة جوهرة عبد المؤمن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء
131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4th Etage - N° 15 - Casablanca
Tél.: 05 22 47 30 38 - Tél./Fax : 05 22 27 60 61 / E-mail : azcmus2000@yahoo.fr



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275
ICE : 00547430000120

Facture

M. LUNETTES ISLAM
184, Rue des Anglais Bhira Jdida
Casablanca

Casablanca, le

10/07/2020
Bou Hassoun Oufaina

Monture des Verres	Vision de loi	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
<i>Jmaa R</i>	OD <input checked="" type="radio"/> OG <input type="radio"/>	OD <input type="radio"/> OG <input checked="" type="radio"/>	OD <input type="radio"/> OG <input checked="" type="radio"/>	OD <input type="radio"/> OG <input checked="" type="radio"/>
Monture	Métal	Plastique		
V.L. :- OD - OG	(-0,50 170) (-0,75 180)			1300,-,00 1100,-,00 1100,-,00
V.p. :- OD - OG				
ADD./				
TOTAL				3100,-,00

LUNETTES ISLAM
184, Rue des Anglais Bhira Jdida
Casablanca

Arrêtée la présente facture à la somme de

*Très Millénaire
Sants Dakhla*