

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

- 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° W19-507439

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **33289**

Matricule : **0102** Société : _____

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **NOSSAIR Mohammed**

Date de naissance : **04/09/1962**

Adresse : **6, Rue Ibn Chark KIRAOUANI**
Apt: 10 Casablanca

Tél. : **0662 767 068** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MGHINIA Imane
Ophthalmologiste
Résidence Arraya 1,
Bd. Abd. Zafat, 2ème étage, Anassi,
Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : **10 JUIN 2020**

Nom et prénom du malade : **NOSSAIR Mohammed** 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, vous devez les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

ACCUEIL SIEGE RAM

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
18 JUIN 2020	Q1	1	20 000 000	INP : [] [] [] [] [] [] 091186221 Dr. MGHINIA Iman Ophtalmologiste Amman

EXECUTION DES ORDONNANCES		Résidence Bd. Med. Zaoui, 2ème étage, n° 17
Chef du Pharmacie ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
CASABLANCA N° 097050031	10/06/2020	150.00

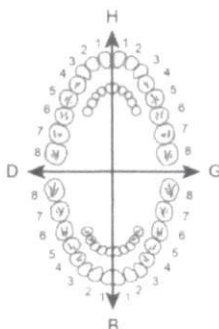
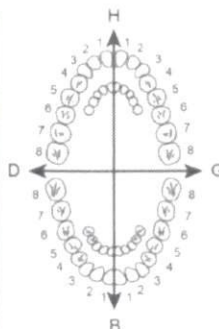
[illegible][illegible]

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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

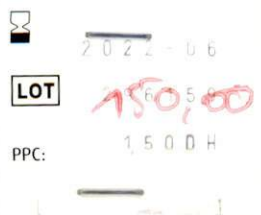
INP: | | | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. MGHINIA Imane

Spécialiste en maladies et chirurgie des yeux

- Membre de la société française d'Ophtalmologie
- Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin à l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie : de la cataracte, du glaucome, des paupières et des voies lacrymales
- Contactologie - Strabologie - Chirurgie réfractive
- Laser - Angiographie - OCT



الدكتورة مغينية إيمان

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- عضو في الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون
- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

- جراحة : الجلالة بالصدى , إرتفاع ضغط العين
- الجفون ومسالك الدمعة
- العدسات اللاصقة , الحول , تصحيح النظر
- العلاج بالليزر , أمراض و تصوير أوعية الشبكية

Casablanca, le 10 JUN 2020

Dr. Nasser Nes

Touture + 2,25 (ongles AR)

OG + 2,25 (-0,50 à 95)

OC + 3 (-0,75 à 95)

150.00



+ A dd = 2,25 OC

Hyglocomod
Tst xuz (2m)

Dr. MGHINIA Imane
Ophtalmologiste
Résidence Arrayan 2, Bd. Med
Zafzaf 2ème Etage Anassi Casablanca
Tél: 05 22 74 79 96

Prof. Prof

إقامة الريان 1, شارع محمد الزفزاف الطابق الثاني, أناسي, الدار البيضاء (أمام وكالة اتصالات المغرب أناسي)

Résidence Arrayane 1, bd Med Zafzaf 2ème Etage Anassi - Casablanca (En face MAROC TELECOM Anassi)



ALAMI'S OPTIQUE

بصريات العلمي

Casa le : 10/06/2020

Facture N° : 990

Patente : N° 33064081

IF : 20759571

ICE : 001911037000048

Nassain red

Verre optique : ☒ Organique ☐ Minéral

correction optique : ☐ Blanc ☒ AR

OD : + 2,25 (0,50 à 95) 4000,00R

OG : - 3,00 (-0,75 à 85) 1000,00R

ADD = + 2,25

Monture : ☐ Métal ☒ Plastique 2000,00R

totale : 4000,00R

Arrêtée à la somme de

quatre mille din

ALAMI'S OPTIQUE
Optique 1000%
N°34 Bd Salan / Magasin 04
Casablanca