

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 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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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

N° W19-525912

N.D. 35475

RAMB

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

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
22 FEV. 2020	CP + Kaw	300	SH	INP: 12 HADY WAST ICE: 08/13/2000 IN: 4200275 CNSS: 7 2030200 - INPE 09/10/20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALBERT Premier Bd. Emile Zola, 8 Rue de Craonne Tél. 05 22 44 51 75 - Casablanca	22/12/25	1247

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

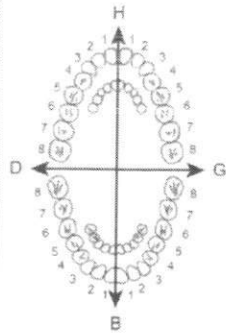
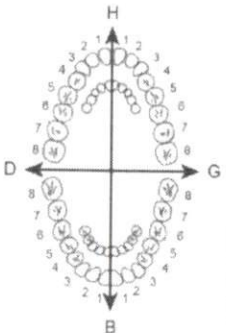
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>JUMELLES OPTIC</p> <p>CENTR ACIMA B1 BOENLIE</p> <p>ZOLA RELEVUER CASA</p> <p>0522245170.06614098</p>	12/03/80		Mut-e Vues			2500

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]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 أزهرى

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابقا بمستشفيات

تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول

العدسات اللاصقة

22 février 2020

Casablanca, le

Mme SAAOUD MAJDA

TOBRADEX COLLYRE

1 goutte x 2 par jour pendant 05 jours

1 goutte le matin pendant 05 jours , dans les deux yeux

VISIONLUX PLUS COLLYRE

1 goutte x 3 à 4 fois par jour aux deux yeux pendant

02 mois



Dr. AZHARI Mustapha
OPHTALMOLOGUE
131. Boulevard Abdelmoumen
4ème Etage - N° 15 - CASABLANCA
Tél / Fax : 05 22 27 60 61

صيداريسمة العيون الأول
Pharmacie ALBERT RAIS Premier
Bd. Emile Zola 8 Rue de Crémieux
Tél. : 05 22 27 60 61 - 05 22 27 60 61

131. شارع عبد المومن (زاوية زنقة كاليان) إقامة جوهرة عبد المومن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء

131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4^e Etage - N° 15 - Casablanca
Tél.: 05 22 27 30 38 - Tél./Fax : 05 22 27 60 61 / E-mail : azam2000@yahoo.fr

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 أزهرى

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابقا بمستشفيات

تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول

العدسات اللاصقة

22 février 2020

Casablanca, le

Mme SAAOUD MAJDA

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets multi-couches

VL :

OD = + 0.25 (- 0.25 à 100°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 1.50

JUMELLES OPTIC
CENTR ACIMA B1 BOUMLIE
ZOLA BELENDER CASA
0522245170.06614098

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

131, شارع عبد المومن (زاوية زنقة كاليان) إقامة جوهرة عبد المومن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء

131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4^e Etage - N° 15 - Casablanca

Tél.: 05 22 47 30 38 - Tél./Fax: 05 22 27 60 61 / E-mail : azamus2000@yahoo.fr

Jumelles Optic Sarl

Casablanca: 12/03/2020

Mme: SAAOUD MAJDA

Sur ordonnance du docteur : MUSTAPHA AZHARI

FACTURE N° :0113/0020

DESIGNATION	
Monture optique :	1500.00
Verre droit : Progressif organique antireflet	3000.00
Verre gauche : Progressif organique antireflet	3000.00
Total TTC	7500.00

Mode de paiement : espèces

A la somme de :Sept mille cinq cent dirhams

JUMELLES OPTIC
CENTR ACIMA B1 BELVEDERE
ZOLA BELVEDERE CASA
0522245170.06614098

Bd : Emile Zola centre commercial ACIMA B1 Belvédère - 20300 – Casablanca
RC : 159979 - TP : 37946832 – IF : 1602960 - Tél/fax : 0522245170
ICE : 000080120000054