

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-434703

ND: 35951

COURRIER
NSR

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

05534

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

NAANI Abdelmajid

Date de naissance :

08 09 1960

Adresse :

Residence Elwaha I mm FS App 4A
Berre chid

Tél. :

0662130426

Total des frais engagés :

2750,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

NAANI Abdelmajid

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

after only

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 :

Berrechid

Le :

30 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-434703

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

05534

Nom de l'adhérent(e) :

NAANI

Total des frais engagés :

2750,00

Date de dépôt :

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

INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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 :

Veillez 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 :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بمستشفى 20 أغسطس بالدار البيضاء

جراحة الجلطة بالليزر، تصحيح البصر بالليزر

تصوير الأنوعية الشبكية، عدسات اللاصقة، فحص الشبكية

Naami Abdelmajid

16 JUL 2023

AM

1) Lunettes pour color (RZ)

UC f. 0.00 + 2.00 (- 0.25 à 1.00)

OG 2 + 1.75 (- 0.25 à 1.00)

UP 3 color + 3.00 200g

2) Aalau 200g 1500

Dr. Rezki Sirine
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour
Entrée B Appt n° 5 - 1er étage
Berrechid - Tél: 05 22 51 75 39

OPTICIAN APPOINTMENT
Optician Khaled
IF 06 40001 1111

زواية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

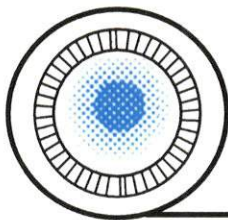
(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق النول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél : 05 22 51 75 39 / 06 56 16 04 86 - E-mail : sirine.med11@gmail.com

optic



ntact

Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 571/20

Berrechid, le

29/02/2020.

Client :

M. NAAFI Abdelmajid.

Code	Description	Total
481	R Visu de lui Vg	1000
81	2 pms propres 60/7 MC	1000
	e mte	500
	TPW	200
	+ 2,00 (-0.25 à 1m5)	
	+ 1,75 (-0.25 à 1m5)	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		
Deux mille Cinq Cent Quatre		