

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.

Diagnostique 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.

Éducation :

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.

Maladie :

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.



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

Déclaration de Maladie

Reçu par mail
N° W19-539824

ND: 28593

Couverture
NSH

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7335 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENTAHIR Mohamed

Date de naissance : 21/01/20

Adresse :

Tél : 0664997149 Total des frais engagés : 3944,00 MA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ROQAÏ CHAOUÏ
Ophtalmologiste
32 Bd. Abid El Ghifari Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 76 45 45

Date de consultation : 04 JUN 2020

Nom et prénom du malade : BENTAHIR Mohamed 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, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atteste médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 04/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-539824

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

JPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]


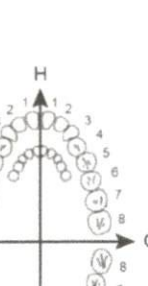
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

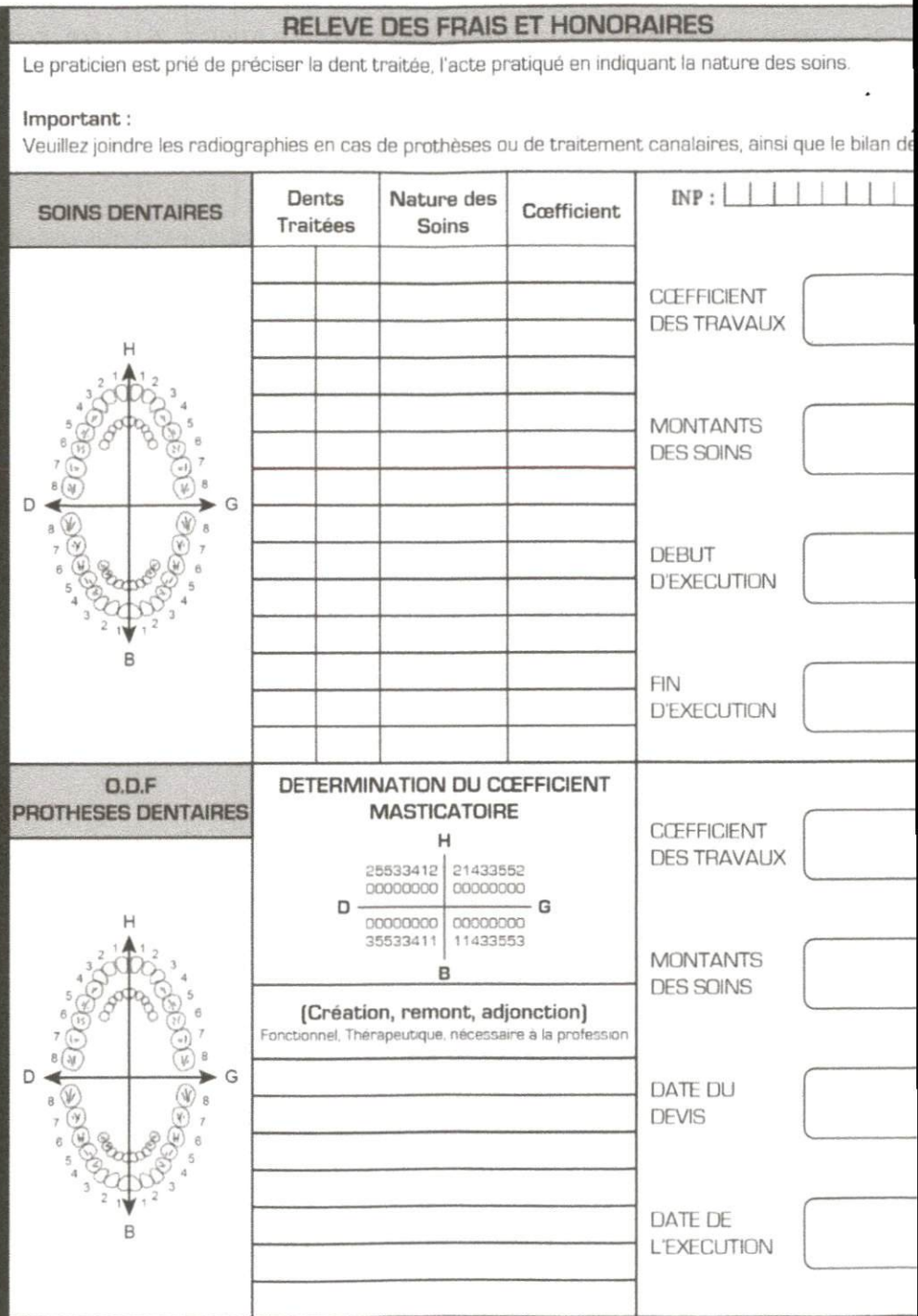
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

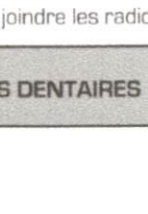
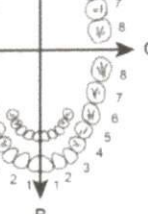
[illegible]

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 santé.												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 								
				Coefficient des Travaux 								
				Montants des Soins 								
				Début d'exécution 								
				Fin d'exécution 								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="margin-bottom: 10px;">H</div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;">B</div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
				Montants des Soins 								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				Date du devis 								
			Date de l'exécution 									

[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 canalaires, ainsi que le bilan de santé.																																				
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="4">H</td></tr> <tr><td colspan="2">25533412</td><td colspan="2">21433552</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411</td><td colspan="2">11433553</td></tr> <tr><td colspan="4">B</td></tr> </table>				H				25533412		21433552		00000000		00000000				G		D				00000000		00000000		35533411		11433553		B			
	H																																			
	25533412		21433552																																	
	00000000		00000000																																	
			G																																	
	D																																			
	00000000		00000000																																	
	35533411		11433553																																	
	B																																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																			
				DATE DU DEVIS []																																
				DATE DE L'EXECUTION []																																



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 canauxaires, ainsi que le bilan de santé.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>														
				Coefficient des Travaux <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Montants des Soins <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Début d'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Fin d'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
			Date du devis <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															
			Date de l'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

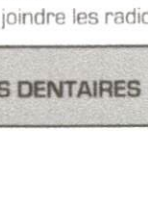
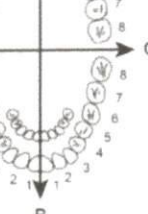
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

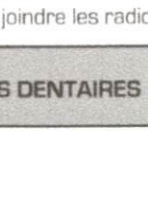
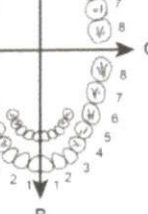
Important :


Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de


SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _ _ _ _ _ _ _	
<p>H ↑ ↓ B ← D → G</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
					MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []	
					FIN D'EXECUTION []

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<p>H ↑ ↓ B ← D → G</p>	<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><td>G ←</td><td>→ D</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td>B ↓</td><td></td></tr></tbody></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G ←	→ D	00000000	00000000	35533411	11433553	B ↓		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	G ←	→ D														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B ↓															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS []														
	[]															
[]																
[]	DATE DU DEVIS []															
[]																
[]																
[]																
[]	DATE DE L'EXECUTION []															
[]																


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 canauxaires, ainsi que le bilan de santé.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>														
				Coefficient des Travaux <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Montants des Soins <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Début d'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Fin d'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
			Date du devis <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															
			Date de l'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															


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 canauxaires, ainsi que le bilan de santé.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>														
				Coefficient des Travaux <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Montants des Soins <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Début d'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
				Fin d'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
			Date du devis <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															
			Date de l'exécution <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															


O.D.F		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B		<input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction)		Montants des soins
		Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis
				Date de l'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr style="width: 100%;"/> B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1"> <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" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	B													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS												
	DATE DU DEVIS													
	DATE DE L'EXECUTION													

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		DATE DE L'EXECUTION																

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">25533412 00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000 35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 0 10px;">B</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	D	G								
	00000000 35533411	00000000 11433553								
	B									
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

KADER OPTIQUE

FACTURE 002457

Le. 09/06/2020
M. BENTAHIR NoName2

ETAAD:

FOURNITURES :

Montures :

Verres

La présente facture arrêtée à la somme DH

TOTAL

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
404, Av. Abdellah Seradj, Douala 1
Tél: 00238 238 70 73 - Fax: 00238 238 13 36 - Casablanca

Dr. ROQAI CHAOUI Rachid

OPHTALMOLOGISTE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Med V à El Jadida
- Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie Laser

الدكتور رقعي شاولي رشيد

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
رئيس سابق لقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد الخامس بالجديدة
أنجيوغرافيا أشعة الليزر

Casablanca, le : 04/06/2020 في الدار البيضاء،

MR BEN TAHIR MOHAMED

Verres correcteurs :

- Vision de loin

OD : (0° , -0,50) - 8

OG : (100° , -0,25) - 8

- Vision de près

OD : Add +1.75

OG : Add +1.75

Nature des verres

Progressifs

+ Monture

32, شارع أبي ذر الغفاري - حي أمال 3 - سيدي البرنوصي - (أمام مقهى إشبيلية) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 76 58 58
32, Boulevard Abidar El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi - (en face du café Ichbilia) - Casablanca - Tél. : 05 22 76 58 58

E-mail : chaoui.ophtalmo@hotmail.com