

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

- 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 044664

ND : 42651

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4976 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFID ABDELLAH

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 : 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'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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044664

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)	Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM: HAFID	Mle 4976
DECLARATION N°	W16-056055	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	200 + 2100	02
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W16-056055

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 4976	CAT
Nom & Prénom HAFID Abdallah			
Fonction Mec Avions	Phones 0664162459		
Mail Abhafid@royalairmaroc.com			

MEDECIN	Prénom du patient HIBA
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Date 08.08.2020	

Nature de la maladie	Date 1ère visite
Affection oculaire	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
G2		200 DU

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
16/9/20				2100-0

Dr. OUHADI Souad
Ophtalmologiste
Rd. 100m 50m - Casablanca - Mer Egl. Apt. 3

05 JULI 2020
ACCUEIL

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd. Moudiboukita Bloc "J" N°70
GSM: 06 25 27 25 92 - Casa

Docteur OUHADI Souad

Maladies et Chirurgie des yeux

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août

Ex. Médecin à l'Hôpital My Youssef

Membre de la société française d'ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive et esthétique des yeux

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Permis de Conduire



08/08/2020

Casablanca, le :

الدكتورة أهادي سعاد

أمراض و جراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

جراحة وجميل الجفون

جراحة مسالك الدموع

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

رخصة القيادة

الدار البيضاء، في :

Melle Hafid Hiba

Lunettes pour vision de LOIN

OD : -2,25 (150° -0,50)

OG : -2 (160° -0,25)

, Verres blancs anti UV+ Monture

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd. Moudiboukeita/Bloc "J" N°70
GSM : 06 25 27 25 92 - Casa

Dr. OUHADI Souad
Ophtalmologiste
Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1^{er} étage Appt. 3
Bournazil (Près Rés. Poissons) - Casablanca
Tel : 05 22 56 06 56

شارع العقيد العلام - إقامة النخلة 4 - الطابق الأول رقم 3 بورنازيل - الدار البيضاء - الهاتف . 05 22 56 06 56
Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1^{er} étage Appt. 3 - Bournazil - Casablanca - Tél.: 05 22 56 06 56
(قرب مطاعم السمك) (Près Restaurants Poissons)

Optique Le Beau Coin



Facture **0004433**

Casablanca le : 16/9/20

Mr: HAFLI HIBA

VL:		
OD:	- 2.25 (150-0.50)	600 m
OG:	- 2.25 (150-0.25)	600 m
VP:		
OD:		
OG:		
Monture:	optique	900 m
Verres:	resinique Antireflet UV	
		2100 m
Total :		
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd Moudibokita, Bloc "J" N°70
Casablanca - Tél.: 06 25 27 25 92