

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

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



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

44081

Déclaration de Maladie : N° P19-0021320

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHJOURBI Med Date de naissance : 01/01/50

Adresse : 317 lot La Tour de l'Esplanade Lissanfa Cerc

Tél. : 0661451866 Total des frais engagés : 3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2020

Nom et prénom du malade : Mahjourbi Salma Age : 69 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : 16/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/09/20 | | | 250 DH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 16/10/20 | 45,20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| 1000 - DH | 16/10/20 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

I.C.E : 0017892243000028
RC : 362763
INPE : 095014080

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

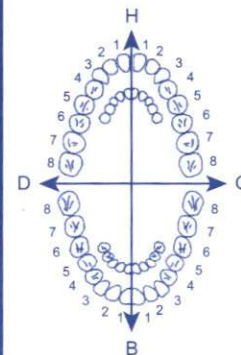
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

| Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | |
| | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | |

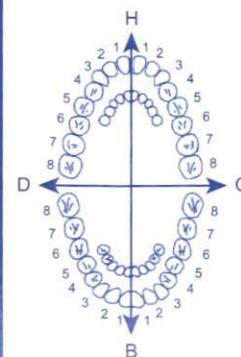


O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENTHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Operation Assalam
Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 93 22 31

14/11/20

Facture N° 18

Le

| Quantité | Désignation | P.U. | Total |
|----------|-------------|-------|-------|
| 00 | Glucoxy | 45,20 | 45,20 |

Avec la présente facture à la somme
de quarant cinq dinars
0,20 cts

Dr BENTHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Operation Assalam
Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 93 22 31

45,20

Client: MAHJOUBI

SALMA

Le 01/10/2020

| | SPHERE | CYL. | AXE | Add |
|-------------|--------|-------|-----|-----|
| OEIL DROIT | +0.75 | | | |
| OEIL GAUCHE | +0.75 | -0.25 | 65 | |

Vision de Loin :

Monture:

Verres : VERRE ORGANIQUES
ANTIREFLETS ANTI
LUMIERE BLEU

Montant de Loin:

| | |
|-------------|--------|
| OEIL DROIT | 300,00 |
| OEIL GAUCHE | 300,00 |
| MONTURE | 400,00 |

Vision de Prés:

Monture:

Verres :

Montant de Prés:

| | |
|-------------|------|
| OEIL DROIT | 0,00 |
| OEIL GAUCHE | 0,00 |
| MONTURE | 0,00 |

PRIX T.T.C

1 000,00

PRIX H.T

833,33

TVA

166,67

Arreté la présente facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

I.C.E: 0017892243000028
RC: 362763
INPE: 095014080

OPTIC FREE VISION
OPTIC FREE VISION
137 Bis. Bvd Kouliyat Lot Habiba Haj Fateh Oulfa / Casablanca -tél : 05 22 90 11 33
email: freevisionoptic@gmail.com
INPE: 095014080 - Patente: 36047547 - I.F: 20700329 - I.C.E: 0017892243000028

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

**Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca**

Sur rendez-vous الزيارة بالموعود

Casablanca, le : **28 septembre 2020**

الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة و طب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب و الصيدلة

الدار البيضاء



Mme MAHJOUBI Salma

Monture + verres correcteurs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.75

OG = + 0.75 (- 0.25 à 65°)

Dr. BENMOUSSA Khadija
Ophthalmologiste Homeopathe
Lotissement Haj Fateh N° 169
Appt. N° 1 Oulfa - Casablanca
Tél. 05 22 89 36 20 - GSM 06 66 38 53 36

OPTIC VISION
OPTIC VISION
137 Bis
Lotissement Haj Fateh N° 169
CASABLANCA - Tél. 05 22 89 36 20