

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 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.

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 Anglè 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° W19-580067

10350

47511

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10350

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHANI ABDELHAK

Date de naissance : 07-06-67

Adresse : LOT DAR CHAOUI RHOUS N° 36 NINCHOE

Tél. : 0666565562

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2020

Nom et prénom du malade : ELHANI ABDELHAK

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : VICE DE REFUS D'ENTRÉE EN SOINS

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-580067

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 : 4500+200

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
04/11/2020	CS		2000H	INP: 08M4546 

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	12/12/20					4509

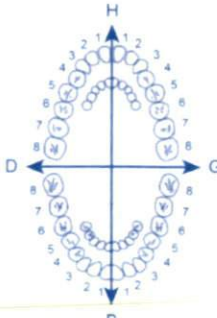
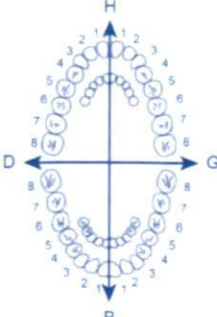
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>											
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																			
				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

Docteur **Abou Chouaib Karima**
Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

(Cataracte Phacoemulsification)
Chirurgie des Voies Lacrymales
Lentilles de Contact-Strabisme
Angiographie - Laser



الدكتورة **موساوي كريمة**
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جلالة بالليزر - جراحة مسالك الدموع
الليزر-العدسات اللاصقة
رأديو الشبكة - طب الحول

OPTIQUE EL PATH
3d Maroc 3061168
Patente 3061168

Casablanca, le 04/11/2020, في الدار البيضاء،

Dr Hani Abouelhek.

- *lente* *parallel* *an progressif*
+ 1.75

OD: *+ 3.50 / - 0.75 / 130°*

OS: *+ 2.25 / - 0.50 / 45°*

- *lente* *parallel*

OD: *+ 2.50 / 180°*

- *Tobaxox* *avec*
1.75 *130°*

سيدي معروف الرابع، الزنقة 15 الرقم 237 - شارع أبو شعيب الدكالي - الطابق الأول

237, Bd. Abou Chouaib Doukkali - 1^{er} Etage Sidi Maârouf IV, Rue 15

Casablanca - Tél. : 05.22.82.68.12 : الهاتف

IF : 45304040 - ICE : 0018449000013

OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudibokeita, Bloc «j» N° 83
Casa - GSM : 0661 97 79 82
Patente : 36616616



نظارات الفتح

شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83
الدار البيضاء - الحمول : 06 61 97 79 82
البيانات : 36616616

FACTURE

N° 0015306

Casablanca, le : 12-11-2020

M: EL HANI Abdelhak

N° de Nomenclature : 431-431

Docteur :

Monture:	meta / optique	500, =
Verres:	progressif unique	
VL:	BLK 1 R 2	
OD:	+1.50 (-0.75 à 13°)	2000, =
OG:	+2.25 (-0.50 à 45°)	2000, =
VP:		
OD:	add +2.50	
OG:	add +2.50	

Total :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Quatre mille cinq cents

IF : 40178251

RC : 377480

ICE : 0008056000089

OPTIQUE EL FATH

Bd Moudibokeita Bloc "J" N° 83 Casa
Patente 36616616