

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.

Biologie 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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0042874

ND: 47858

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4290 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : HANANE

Date de naissance : 01-06-1948

Adresse : 1147 Moumen N° 127 Mohammédia

Tél. : 0663874651 Total des frais engagés : 4157,60 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur OUMMAD HANANE
OPHTALMOLOGISTE
Ex-Médecin à l'Hôpital des Spécialités
de Rabat Souissi

Date de consultation : 14/11/2020

Nom et prénom du malade : HANANE Age : 70

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 confidentiels 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 : CASABLANCA Le 18/11/2020


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14/10/2020 | CS | | gratuit |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |


EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 14/10/2020 | 157,60 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

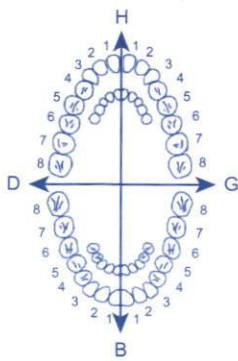
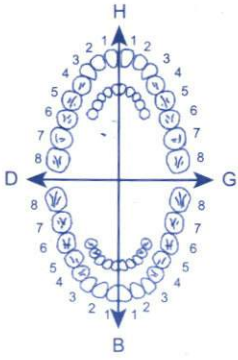
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
|  | 14/10/2020 | | | | | 400,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------|---|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | MONTANTS DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION |
| | | H | | | 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

Docteur Hanane OUMMAD

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Médecin à l'hôpital des spécialités
de Rabat Souissi

- Chirurgie de Cataracte (phaco)
- Suivi du Glaucome et du Diabète
- Ophtalmologie Pédiatrique
- Adaptation des Lentilles de Contact
- IVT - Laser - Angiographie - OCT - Topographie
- Visite du permis de conduire



الدكتورة حنان أوماد

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات
بالرباط السويسي

- جراحة الجلالة بالليزر
- مراقبة ضغط العين والسكري
- الحول
- عدسات لاصقة
- فحص وتصوير شبكية العين - الليزر
- فحص رخصة السياقة

المحمدية في : 14/10/2022

HANANE MOHAMED

2460

1). Flucon

x 03 j x 15 j

puis

x 02 j x 15 j

2). EOLE Dual

x 04 j x 3 mois

3). Physiiodose

x 02 j x 1 mois

15760

PHARMACIE MOUMEN
Palestine Lot Moumen n°08
El Alia - Mohammedia
Tél : 05 23 28 44 86

Docteur HANANE
OUMMAD
Ex-Médecin à l'hôpital des spécialités
de Rabat Souissi
Médecin agréé pour la visite médicale
du permis de conduire
Tél : 05 23 30 70 60

PPC: 135,00

L



E01 20

02 / 2023



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

Docteur Hanane OUMMAD

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Médecin à l'hôpital des spécialités
de Rabat Souissi

- Chirurgie de Cataracte (phaco)
- Suivi du Glaucome et du Diabète
- Ophtalmologie Pédiatrique
- Adaptation des Lentilles de Contact
- IVT - Laser - Angiographie - OCT - Topographie
- Visite du permis de conduire



الدكتورة حنان أوماد

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات
بالرباط السويصي

- جراحة الجلالة بالليزر
- مراقبة ضغط العين والسكري
- الحول
- عدسات لاصقة
- فحص وتصوير شبكية العين - الليزر
- فحص رخصة السياقة

Mohammed le : *المحمدية في : 05.23.30.70.60*

HAN DAoui mohamed

Monture adaptée + verres correcteurs :

Vision de loin :

- Oeil Droit : *plan. (- 0,25 à 95°)*
- Oeil Gauche : *- 0,25 (- 0,75 à 90°)*

Vision de près :

- Oeil Droit :
- Oeil Gauche : *Add : + 2,50 ODG*

caractéristiques :

autreflet



Optique Le Beau Coin



DL: 264850

Illegible handwritten text

FACTURE N° 0009414

Casablanca, le : 12/11/20

Mr : HAMDAOUI Mohamed

VL :

OD : (05 - 0,25)

OG : (50 - 0,25) - 0,25

VP :

OD : 010° + 25

OG : 010° + 25

Monture : Optique

Verres : No on ques

Optique Le Beau Coin
بصریات الحسن البشير
شارع موديبوكيتا بلاك (ج) 70 - دكا
GSM: 0625 27 25 92 - Casa

4000, ~
3000, ~

INPE :

Total :

Arrêtée La présente Facture à la Somme de :

chPme

4000, ~
Quatre mille

Optique Le Beau Coin

Bd Moudibokita ,Bloc (j) N°70 - Casablanca - Tél: 06 25 27 25 92

Patente N° 36612797 GSM: 5075 1172