

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° W19-582683

48 326

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30180 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAZYANI MARIAM

Date de naissance : 03/04/1981

Adresse : Résid sine 9mm 15 apt 9 bd Allal AC
Fassi Namakech

Tél. : 0661239890 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENBOUZID NOUREDDINE
OPHTALMOLOGISTE
Av. Allal el Fassi Imm Nfis Entrée C3
Tél : 05 24 31 18 65

Date de consultation : 27 OCT. 2020

Nom et prénom du malade : EL MAZYANI MARIAM

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

23 NOV. 2020

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nom et Cognom	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/10/20	CS		150 DH	INP 071021356

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
FATAOUI OPTIC Opticien Optométriste 100 - 706 044 31 41 31	28/10/2020					1100,-

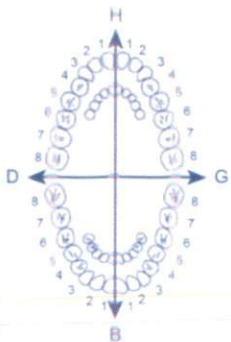
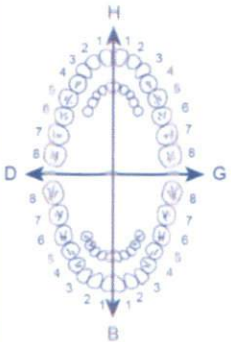
075001487

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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															
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21423552</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>11423553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21423552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11423553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21423552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11423553														
		B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				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'

Dr. BENBOUZID Noureddine

SPECIALISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ancien Médecin Chef de l'hôpital EL Antaki

Agrée pour la Visite du Permis de Conduire

Sur Rendez-vous

Marrakech, le 28/05/2024

الدكتور بنبوزيد نور الدين

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبوليه

طبيب رئيسي سابقا بمستشفى الأنطاكي

معتمد لشهادة السياقة

بالموعد



El Fataoui
Noureddine

Dr. Benbouzid

006 - 1,25

EL FATAOUI OPTIC
O. Fataoui Optométriste
Av. Allal EL Fassi Imm. N°194 91 41 91
Marrakech - Tél : 05 24 31 18 65

Dr. BENBOUZID NOUREDDINE
OPHTALMOLOGISTE
Av. Allal EL Fassi Imm. N°194 91 41 91
Tél : 05 24 31 18 65

شارع علال الفاسي، عمارة نفيس، مدخل س 3 (أمام البنك م.ت.خ) - الداوديات - مراكش - الهاتف: 05 24 31 18 65

Av. Allal EL Fassi Imm. N°194, "C" 3 (en Face de la B.M.C.E) - Daoudiate - Marrakech - Tél : 05 24 31 18 65



بصريات الفتاوي
Optic el fataoui

Lot Ratma Avenue la palestine N°52
Marrakech.Tel:0524314131
ICE:000504046000052 -IF:69173555
R.c:76272-patente:46331181

Marrakech le : 28/10/2020

Nom du client : ELTAZIAN
MARIAN

N° 001100 Facture

EL FATAOUI OPTIC

Opticien Marocain

Av. de la Liberté - Marrakech

Ordonnance de mr le docteur: BENBOUZID NOURDINE

	Sph	Cyl	Axe
O.Droite	-1,25		
O.Gauche	-1,25		
Add			

FOURNITURES

1 Monture : plastique

2 verre : Antireflet

400,-

700,-

Autre :

100 cent d'hs

Total

EL FATAOUI OPTIC

Marrakech

0524314131

1100,-

Lot Ratma Avenue la palestine N° 52

Marrakech.Tel:0524314131

ICE:000504046000052-IF:69173555

R.c:76272-patente : 46331181



بصريات الفتاوي
El Fataoui Optic

Lot. RTMA Av. De Palestine, N° 52 - Marrakech - Tél : 024 31 41 31

R.C : 76272 - Patente : 46331181 - LF : 69173555

BON DE COMMANDE

N° 004015

Marrakech, le : 28/10/20

Nom & Prénom : M^{me} MARIAM

Tél :

Monture Seldi

+ UL Ant

+ ~~UL~~ UL Ant

(2 paires)

Total	1100,
Avance	800
Reste	300