

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 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 Aïal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 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° W19-499408

ND = 17176

CA
comité

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09946

Société :

ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

NEJJARI HALIMA

Date de naissance :

1970

Adresse :

18 Route M BAZID HAY NAHDAN

RABAT

Tél. :

0670276244

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur ESSAKALLI H. NADIA
OPHTALMOLOGIE
68, Av. Fal Ould Oumali
4ème Etage, Appt. N° 12 Rabat
Tél. : 4537 77 18 87/0537 77 18 77

Date de consultation :

11/01/2020

Nom et prénom du malade :

NEJJARI HALIMA

Age :

50 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Rabat

Le : 11 / 01 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Halima

20 JAN 2020
ACCUSE

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-499408

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 :

9946

Nom de l'adhérent(e) :


NEJJARI Halima

Total des frais engagés :

1659,00

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
14/01/2020	C3	250,00	1	INP :  101062248 Professeur ESSAKALLI H. Nadia OPHTALMOLOGIE 68, Av. Edouard Belin Tél : 0637 77 18 87 / 0537 77 18 71


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
	14/01/2020					1400,00

VOLET ADHERENT

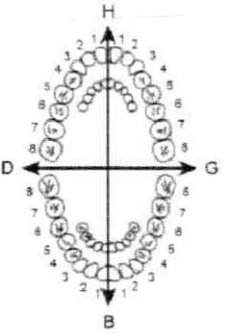
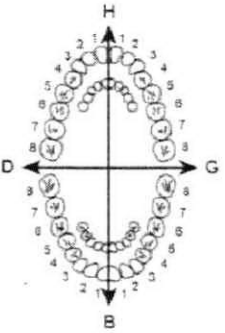
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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 Nadia ESSAKALLI HOSSYNI

épouse FIKRI

PROFESSEUR en OPHTALMOLOGIE

Rétine médicale chirurgicale

Chirurgie - Lasers

Adultes - Enfants

الدكتورة نادية الصقلي حسيني

زوجة فكري

أستاذة في طب العيون

أمراض و جراحة الشبكية

جراحة - الليزر

الكبار - الصغار

Rabat, le 11/01/2020 الرباط في

Madame NEJJARI Halima

DEUX PAIRES DE LUNETTES + MONTURES :

DE LOIN

Oeil Droit : $(80^\circ -1,00) + 1,00$

Oeil Gauche : $(60^\circ -0,50) + 0,75$

DE PRES

Oeil Droit : $(80^\circ -1,00) + 3,50$

Oeil Gauche : $(60^\circ -0,50) + 3,25$

Professeur ESSAKALLI H. Nadia

OPHTALMOLOGIE

68, Av. Fal Ould Oumeir

4ème Etage, Appt. N°12-Rabat


Tél.: 0537 77 18 87/0537 77 18 71

Rayon Optique

Facture N° : 41/2020

Rabat, le : 14/01/2020

NOM : MME NEJJARI HALIMA

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Total
1	monture optique vision de loin	400	400
2	verres optiques vision de loin	150	300
1	monture optique vision de pres	400	400
2	verres optiques vision de pres	150	300
<p> VL (8° - 1.00) + 1.00 ou (6° - 0.50) + 0.50 Vp add 2.00 208 00 12 198 7 4000 72 208 109 00 328.</p>			
Total TTC :			1400 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de mille quatre cents dirhams et zéro centimes toutes taxes comprises.

79, Avenue Oqba Agdal Rabat-MAROC Tél : 05 37 68 68 11

Patente : 25771016