

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-514955

N.B.R
OCC

N° 17 552

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

7296

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

NOM ATADIO KARSH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

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'at^e médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-514955

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	GAUCHE			
11 12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28	HAUT		
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	38 37 36 35 34	BAS		
O.D.F. Prothèses dentaires				
Détermination du coefficient masticatoire				
DROITE	GAUCHE	H	21433552	
12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28	D	00000000	G
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	38 37 36 35 34	00000000	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
Visa et cachet du praticien attestant le devis				
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 047453		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P 17 / 047453

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mme	7296
MOATAZ MOHAMMED		
Fonction	CDR	Phones 0671830239
Mail		

Signature de
l'adhérent

MEDECIN	Prénom du patient	ICAMMO
<input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint	Enfant
Adhérent	Age	50
Nature de la maladie		
Rôle de refraction 19 SEP. 2018		

Date 19 SEP. 2018

Date 1ère visite 19 SEP. 2018

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Dr. BAKRIM Mohamed

OPHTALMOLOGUE

Montant détaillé des honoraires et Chirurgie des Yeux
Place Chahdia, 323 Bd, Oued Daoura
Oulfa - CASABLANCA
Tél: 05.22.91.42.65

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date 23/10/2018			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

120,-dk

Ophtalmologie
Cabinet Dr. Bakrim
19 SEP. 2018

Dr Mohamed BAKRIM

* Spécialiste en Chirurgie et Maladies des Yeux

* Traitement par laser

* Chirurgie par phaco-émulsification, Strabisme

* Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

* Membre de l'American Academy of ophtalmology



الدكتور محمد باكريم

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة قصر البصر : العلاج بالليزر

الجلالة بدون تخدير، حول البصر

عضو فاعلي في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

عضو في الأكاديمية الأمريكية لامراض العيون

19 SEP. 2018

Casablanca, le

الدار البيضاء في

MOATAZID KARIM

VL OD = (108 - 0,25) - 1,75 my

OE = (72 - 0,75) - 0,25 my

*VTAR, organiques, ESSICORNAGE,
PREVENTION.*

VP odd 006 + 2,25 my.

Optique Aigle Vision]
OPTICIEN

Gr N BLD 136 N 49 Oulfa
Casablanca R.C 12783
Tel. 05.22.93.22.99

Dr. BAKRIM Mohamed
OPHTALMOLOGUE
Maladies et Chirurgie des Yeux
Place Chahdia, 323 Bd Oued Daoura
Oulfa - CASABLANCA
Tél: 05.22.91.42.65

ساحة الشهدية، 323 شارع واد الدورة الألفة - الدار البيضاء - العيادة: 05 22 91 42 65
Place Chahdia, 323 Bd Oued daoura- Oulfa- Casablanca - Cabinet : 05 22 91 42 65

OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

MOATAZID
CASABLANCA Le : 23/10/2018

FACTURE N° : 218 / 2018

Désignations	P,U	PRIX TOTAL
Monture optique Verres optiques Anti Reflex ESSILOR Crizal Prevencia. OD: (108° - 0,25) - 1,75 OS: (78° - 0,25) - 0,25		900,- 1300,-
TOTAL		2200,-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille deux cent dirhams

Optique Aigle Vision
OPTICIEN
Gr. N. Rue 136 N° 49 Oulfa
Casablanca - P.C. 12783
Tel. 0522.93.22.99

Siège social : Rue 136 N° 49 GR"N" Oulfa - Casablanca -Tél /Fax : 0522.93.22.99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 -RC : 121783 ICE : 000037852000085