

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

- Reclamation : 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 Fakhir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Entourage
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L4) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-519310

no = 19 181

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5721* Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : *Mouradine Kulkar*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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'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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-519310

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins	
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de												

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

W18-374711

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5521
Nom & Prénom KAL KAZ Nouraddine		
Fonction : Agent PA	Phones 067983848	
Mail m.kal.kaz@royalairmaroc.com		
MEDECIN	Prénom du patient Kal Kaz Nouraddine	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 58 ans	Date 30/12/15
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Affection oculaire		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		300817
PHARMACIE		
Date		
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
0610/12020		#270000#



BOURI OPTIC
Opticien - Optométriste
135 E Lot. Zouhir - Oujda
Casablanca
Tél : 0522 65 79 65

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



Sur rendez-vous الزيارة بالموعِد

Casablanca, le :

الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة و طب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

30 décembre 2019

Mr. KALKOZ Noureddine

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = Plan (- 1.25 à 75°)

OG = + 0.50 (- 1.50 à 75°)

VP : ODG = Add : + 2.25


Dr. BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologiste-Homeopathe
Lotissement Haj Fateh N°169
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 89 36 20 - Gsm: 06 66 38 53 36

BOURI OPTIC
Opticien - Optométriste
135 E Lot. Zouhair - Oulfa
Casablanca
Tél: 05 22 65 79 65

Bouri optic

OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE

Client :

KALKOZ Nouredine

Facture client N° : 000002/2020

Médecin : BENMOUSSA Khadija

Correction		Sph	Cyl	Axe	Add
	O.D	0,00	-1,25	75	2,25
	O.G	+0,50	-1,50	75	2,25

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Monture	Optique	1	500,00	500,00
Verre	Organique Progressif ENG BL 1.5	2	1 100,00	2 200,00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT :

2250,00

TVA (20%)

450,00

Total TTC :

2 700,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE SEPT CENTS DIRHAMS TTC



INPE 095020640

Cachet

Casablanca, le 06/01/2020

BOURI OPTIC
Opticien - Optométriste
135 E Lot. Zoubir - Oulfa
Casablanca
Tél : 0522 65 79 65

Carte d'authenticité n°

67414319

KALCOZ HOURDDINE

OD: -1.25

+1.25

165°

AD 2.25

OG: -1

+1.5

165°

AD 2.25

Verres:

Advance Free Light 1.5 Green+ Energy

BOURI OPTIC / BOURI MOHAMED

07/01/2020