

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19-0042627

NO=19869

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8829 Société : R.A.N.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SENÉ RACHIDA

Date de naissance :

14.05.69

Adresse :

RUE JAAFAR BENOU AITIA RES ASNA APT II.
BouBLOUANE

Tél. :

066 76 78 977 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) :



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
 DROITE 11 21 GAUCHE 22					Coefficient des travaux
 HAUT 23 24 25 26 27 28					Montant des soins
 BAS 36 37 38 39 40 41 42					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
 DROITE 11 21 GAUCHE 22		H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	Montant des soins
 HAUT 23 24 25 26 27 28					Date du devis
 BAS 36 37 38 39 40 41 42					Fin d'exécution
		(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 :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0064425		
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 / 0064425

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle		
Nom & Prénom <i>SARAH RACHID</i>				
Fonction <i>dc</i>	Phones <i>066 74 78977</i>	<i>Signature de SARAH RACHID</i>		
Mail <i>zeneelabid.alrachid@yahoo.com</i>				
MEDECIN	Prénom du patient			
<input type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Age	Date <i>04-12-19</i>
Nature de la maladie			Date 1ère visite	
<i>A une tumeur</i>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>cs</i>		<i>300DH Dr MECHICHE Alami Anissa</i>		
PHARMACIE	Date <i>03/02/2020</i>		<i>Signature Dr MECHICHE Alami Anissa</i>	
Montant de la facture <i>5100,00 DH</i>			<i>Opticiens Optométristes</i>	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date <i>03/02/2020</i> <i>AXE CREATION</i> <i>OPTICIENS OPTOMETRISTES</i> <i>Rue Am F Zerkaoui Casablanca</i> <i>Antenne Aver 10 Avenue 17 Mai Casablanca</i> <i>Tel: 0522 49 17 38 Fax: 0522 49 17 38</i>				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
				<i>CACHET</i>
CACHET				

Docteur Anissa Mechiche-Alami

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتورة أنيسة أميشيش العلمي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

237, Bd. Zerkouni
Résidence Al Kheir, 2^{ème} Étage
Casablanca

TÉL.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

شارع الزرقطوني
إقامة الخير، الطابق الثاني
الدار البيضاء

05.22.94.32.69 - 05.22.94.32.68
الهاتف

04 DEC. 2019

Casablanca, le

الدار البيضاء في

SEN E

Rockwo

- L'acuité visuelle est progressive et régressive.

$$\text{OD} = \frac{+0,50}{\text{VL}}$$

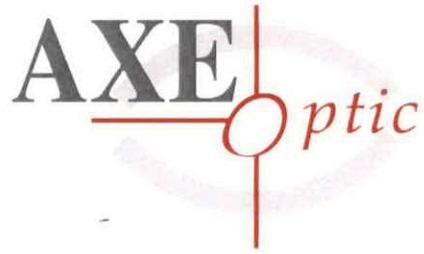
$$\text{OS} = +0,50$$

$$\text{VR}$$

$$+1,75 \text{ ODS}$$

~~AXE CREATION
OPTICIENNES OPTOMETRISTES
Rue Ain Attia, 2ème étage
Angle Avenue Mohammed V et l'Institut
(ex Avenue du Phare) Casablanca
Tel.: 0522 49 17 37 - Fax: 0522 49 17 38~~

Dr. MECHICHE Alami Anissa
Ophtalmologiste
237, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tel.: 05 22 94 32 68/88



AXE CREATION

Client(e)

SENE RACHIDA

Date Facture	Facture N°
03/02/2020	168

Nom.	Désignations	Qté	Prix Unitaire	Montant
	MONTURE OPTIQUE	1	1500,00	1500,00
	VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE BLANC ANTIREFLET MULTI-COUCHES OD :- Sph : +0,50 Add : +1,75	1	1800,00	1800,00
	VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE BLANC ANTIREFLET MULTI-COUCHES OG :- Sph : +0,50 Add : +1,75	1	1800,00	1800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq mille cent dirhams

Dont T.V.A 20 %

Net à payer :

5100,00

AXE CREATION
OPTICIENNES OPTOMETRISTES
Rue Aïn Ati (Ex Rennequin)
Angle Avenue Mohamed Sijilmassi
(Ex Avenue du Phare) - Casablanca
Tél.: 0522 49 17 37 - Fax: 0522 49 17 38