

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 joints 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 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° W19-417274

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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 confidentiels 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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
15.01.2020	U2		300,00	INF: 091066738
				Dr. GEMILLAR GHISL
				OPHTALMOLOGUE
				8, Rue Abdel Hamid
				Alger

Dr. GIANNI CARO CHIARI
OPHTHALMOLOGIST
8, Rue Assol L'Hotel d'Oratoire
Place du Marais
Tel. 92 20.46/47 Fax 92.20.
CASABLANCO

[illegible]

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

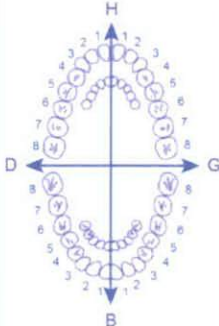
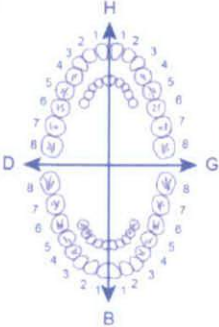
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
LABORATOIRE 303, Boulevard Ziraoui Casablanca Tel: 0522.49.27.39 Fax: 0522.49.27.4	14/12/20		optique			7.500,00

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris
Maladies et Chirurgie des yeux
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Angiographie - Laser - Echographie
Chirurgie de la cataracte
Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زرارة ساحة المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le 15.1.2020 في الدار البيضاء

Madame

BENJELLOUN TOUIMI

Hakima

Une paire de LUNETTE :

PROGRESSIFS

Oeil Droit : (55 -0,75) -1,75 , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (105 -0,50) -2,25 , Addition + 3,00

+ monture

KERATOPTIQUE
303, Boulevard Ziraoui
Casablanca
Tél. 05 22.99.20.46 / 47

Dr. GHALLAB GHISLAINE
OPTICHIENNE
8, Rue Assad Bnou Zarrara
Place du Maârif
Tél : 99.20.46/47 Fax : 99.20.49
CASABLANCA

KERATOPTIQUE
OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA
Tél.: 05 22 49 27 39 - Fax: 05 22 49 27 40
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745
CNSS: 6009692 - ICE: 001632385000077
INPE: 0095001855

FACTURE N° 0010056

M. Mme BENJELLOUN TOUMI Hakima
14 102 120

Vision de loin

OD: Cyl Sph
OG: Cyl Sph

Vision de près

OD: Cyl Sph
OG: Cyl Sph

Double Foyer

OD: Cyl -0.75 Sph -1.75 ADD +3.00
OG: Cyl -0.50 Sph -2.25 ADD +3.00

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <u>monture optique</u> <u>Ver Sac</u>	<u>2000,00</u>
2	VERRE <u>verre progressif</u> <u>organique Aminci 1,67</u> <u>+ traitement Anti-Reflet Nikon</u> <u>progressif</u>	<u>5000,00</u>
Montant en Lettres : <u>Sept</u> <u>mille dh</u>		TOTAL <u>7000,00</u>

Cachet, Signature

KERATOPTIQUE
303, Boulevard Ziraoui
Casablanca
Tél: 0522.49.27.39-Fax: 0522.49.27.40



BNCI NFB-
80.31.130