

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 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° W19-440897

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABOUTAYER NOUR SAID

Date de naissance :

21/04/60

Adresse :

81 Rue OUR JOUANE Apt 8 HAY KAYA

Tél. :

06 15 47 21 24

Total des frais engagés :

4.300

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél. 05 22 95 12 89

Cachet du médecin :

Date de consultation :

ABOUTAYER NOUR SAID 59

Nom et prénom du malade :

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 : CASABLANCA

Le : 17/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08 FEB 2020 | 50 | | 300 DH | INP : 34820890 |
| | | | | Dr. Loubna KHAYAR OPHTALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés ADAM, Page N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 95 12 89 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| LUNETTES AL JAL 92 Rue des Anglais CASABLANCA | 14/02/20 | 4000,00 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|---|---|--|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|--|---|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|-------------------------|--|
| | | | | | DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | | | 00000000 | 00000000 | | | D | | | B | 00000000 | 00000000 | | | 35533411 | 11433553 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie Lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Permis de Conduire

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السباقة

Casablanca, le : 08/02/2020 في: الدار البيضاء.

Dr. ABOU HAYEL MANSOUR

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

- 9 25 (- 9.00, 60°)

OEIL GAUCHE

- 9 80 (- 9.00, 160°)

Verre incolore filtre Bleu Ark

ADDITION VISION DE PRES

+ 2,5

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
92 Rue des Anglaises
CASABLANCA

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 95 12 89

1/20l Dual 14th x 4. 14th

92 درب الإنجليز، البحيرة الجديدة - الدار البيضاء
92 Derby Anglais Nouvelle Bhira - Casablanca

PATENTE 30009972

FACTURE N° 1002847



ICE: 000814013000006

Cas. le 14/02/20

M

ABOUMTAYEB Nour Said

DOIT

N° DE NOMENCLATURE
CORRESPONDANTS A LA
PRESCRIPTION DU

Docteur

Vision de loin

O.D.
O.G.

Vision de Prés

O.D.
O.G.

Double Foyer

O.D.
O.G.

SUPPLEMENT

f22

FOURNITURES:

Montures

800,00

Verres

V. Grand 4/4 A/R

OD = (60° - 0.10) - 0.21

OG = (160° - 0.10) - 0.30

2 } 1600,00
2 } 1600,00

20 + 2.20

LUNETTES AL JAZERA
92 Rue des Anglais,
CASABLANCA

TOTAL

4000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

4000,00
Date 16