

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-491276

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7951 Société : RAM.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAMRABET AMMED
Date de naissance : 01/04/1966
Adresse : ANDALOUS I RUE 3 N° 54
CASABLANCA
Tél. : 0679982679 Total des frais engagés : 26000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique californie,
casablanca, maroc
Tél. : 05 22 88 46 18 / 19 / 20
Fax : 05 22 88 46 21
Date de consultation : 10/02/2020
Nom et prénom du malade : LAMRABET YASMINE Age : 6 Ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection de longue durée
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 : 28/02/2020
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
10/07/2020	cs		200,-	INF 

[illegible]

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

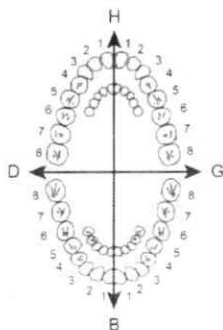
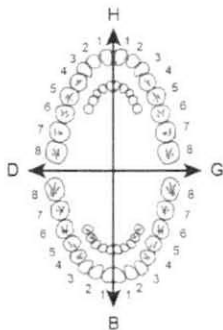
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	24/02/2020					9600.DH

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"/>																
				<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></div> <div>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></div> <div>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></div>																
<div> <div>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</div>  </div>	<div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	00000000	B	00000000	35533411	11433553			<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></div> <div>DATE DU DEVIS <input type="text"/></div> <div>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></div>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D	00000000	B	00000000																
	35533411	11433553																		
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE
(Maladies et Chirurgie des yeux)
Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER
du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie
de la fondation Rothschild-département
d'Oculo-plastie
Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

الدكتور محمد شحبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية باريس
داخلي سابق بكريتي و بالمركز الفرنسي للعيون
15-20 و بمؤسسة جراحة العيون
روتشيلد بباريس
طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون
خبير تصحيح البصر بالليزر

10/02/2020

M-LAMRABET YASMINE

$R = +6 (-9.6 - 10)$
 $L = P_m$
 $R = P_m$
 $L = +7.5 (-0.2 - 5)$

CLINIQUE DE L'OEIL
LA VIE
MEDICINE
SOUK KOTER
Tél: 05 22 29 66 00
Fax: 05 22 29 66 15

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, casablanca, maroc
Tél: 05 22 29 66 00 - 05 22 29 66 15
Fax: 05 22 29 66 21



نظارات الحياة

LUNETTES DE LA VIE

Bloc (EF) Souk Koria N° 116
Casablanca
Tél. : 0522 80 87 96 / 80 02 81
R.C. : 247708 - I.F. : 45519260
ICE : 000885021000189

FACTURE
N° 001988

سوق القريعة بلوك اف رقم 116
الهاتف : 0522 80 87 96 / 80 02 81
البيضاء
R.C. : 247708 - I.F. : 45519260
ICE : 000885021000189

Casablanca, le 20/02/2020

M LAMRABET Yasmine

Doit

Docteur	Mohammed Chahbi		
Nomenclature N°	142		
OD : cyl sph	+6 (-0,5 -10)	450	00
OG : cyl sph	Plan	300	00
VP			
OD : cyl sph	Plan	300	00
OG : cyl sph	+7,5 (-0,75 -5)	450	00
Verres :	organiques Trecht		
Montures :	optique	900	00
Arrêté la présente Facture à la somme de :			
	Deux mille quatre cents DA	2400	00

نظارات الحياة
Mohamed ROKNEINE
Opticien Optométriste
Souk Koria Bloc (EF) N° 115 - Casablanca
Tél: 05 22 80 02 81

OG