

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 Aïal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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

Declaration de Maladie

N° W19-478483

Wmmet

56160

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07847 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELMEDDER MOHAMMED
 Date de naissance : 12-06-1969
 Adresse : LOT ALOROUBA RUE 16 N°9 AN CHOK CASABLANCA
 Tél. : 0673748983 Total des frais engagés : 1500,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : ELMEDDER MOHAMMED Age : 2001
 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 : 16/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-478483

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 : 7847
 Nom de l'adhérent(e) : ELMEDDER
 Total des frais engagés : 1500,00 DH
 Date de dépôt : 14-01-2021

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
16/10/2019	Luxation	1 x 1,5	3000	INB: [] [] [] [] [] [] DR. OPHTHALMOLOGUE BOULEVARD EL HADI - CASABLANCA TEL: 0522 56 28 77 FAX: 0522 56 28 77 BOITE POSTALE 1000

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>(Signature)</i>	29/12/20					1200.-

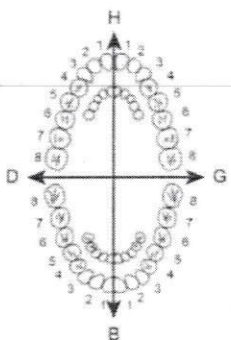
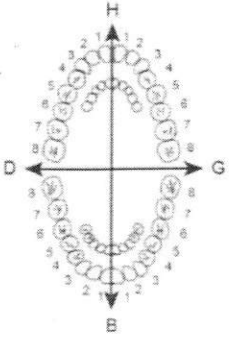
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de C.D.F.

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"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
					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

Dr. QARFA Driss

OPHTALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

CATARACTE. GLAUCOME. STRABISME.

VOIES LACRYMALES. LASER. ANGIOGRAPHIE

الدكتور القرفة إدريس



Dr. QARFA Driss
OPHTALMOLOGISTE
295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA
Tél: 05 22 56 21 77
N°PE: 001167363-ICE: 001677789000065

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مملكك المغرب
أنجيوغرافيا - الليزر

Bousfha Optique
814, Bd. 7 Mars - Marrakech - Casablanca
Tél: 05 22 56 21 77

16/11/2020

الدار البيضاء، في

DR SCHEGGER
Monad
Very
True
Uod = -2.5 (-0.75/170°
Uel = -2.25 (-0.75/170°

DR. QARFA Driss
OPHTALMOLOGISTE
295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA
Tél: 05 22 56 21 77
N°PE: 001167363-ICE: 001677789000065

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochaine contrôl dans :

295, شارع إدريس الحارتي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 56 21 77

295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77



FACTURE

281

CLIENT(E) : EL MEGDER MOUAD

DATE :29/12/2020

PRODUITS					QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE VERRE ORGANIQUE AR					1	500	500
					2	350	700
	S	C	A	AD			
OD	-2.50	-0.75	170				
OG	-2.25	-0.75	170				
-----					-----	TOTAL TTC	1200

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS
DHS TTC

Bousfiha Optique
810, Bd. 2 Mars - Inara 1 - Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05.22.50.69.26 / 05.26.10.27.88