

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

Informations 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.

Pathologie 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.

Prescription :

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° P19- 0032501

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3121 Société : R.A.M. 57 226

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELGHOUAT EL HASSAN

Date de naissance : 31/05/56

Adresse : O.P. OUM RABIT AVE 1 IMM. F

MASSIRA 3 MARRAKECH

Tél. : 06 66 05 35 79 Total des frais engagés : 1850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/09/2020

Nom et prénom du malade : ILYAS Belghouat Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Refractive

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) :

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
24/09/2020		12	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

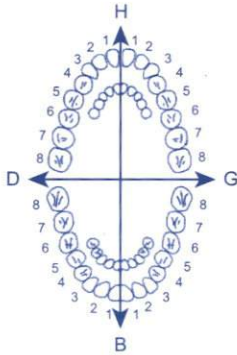
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/11/20					500,00

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abdellah Sayouti

Specialiste des maladies et chirurgie des yeux
Membre de Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور السيوطي عبد الله

أخصائي في أمراض وجراحة العيون
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Ophtalmologie de l'adulte et de l'enfant
Chirurgie de la cataracte - Laser - Strabisme
Echographie - OCT - Angiographie - Lentille de contact

طب عيون الكبار والأطفال - جراحة الجلالة بالليزر
الليزر - جراحة الحول - الفحص بالعدسة و الإنجيوغرافيا الرقمية
العدسات اللاصقة

Marrakech, le 04/09/2023



JLYAS

Belpharok

$$\cdot 07 = +3,25 (-3,75, 174^{\circ})$$

$$\cdot 062 + 1,50 (-2,00, 165^{\circ})$$

PD: 63

rem + Nonk

طريق أسفي إقامة أناس ماجوريل، عمارة ب الطابق الأول رقم 7 مراكش (أمام سوق التمر ومختبرات باب دكالة)

Route de Safi, Résidence Anas Majorelle, Imm B, 1er étage, appt N°7 Marrakech (en face laboratoire Bob doukala et Souk des dates)

05 24 20 18 52 - sayoutiabdellah@gmail.com

06 62 09 80 02

EL MANAR OPTIQUE

Massira 3 n° 476

Marrakech.

Télé : 0524492884

RC : 11130

Patente : 57307991

IF : 40480834

Facture n° 331/2020

ICE : 000828235000035

Nom :

Belghouet
Ilyas

Prénom :

Date :

04/11/2020

Correction VR	Correction VP
OD : 325 (-3.75) 2/124°	OD :
OG : 1.50 (2.00) 2/165°	OG :

Désignation	Quantité	P.U TTC	Montant TTC
verre organique Activeflex	2	500,-	1 000,-
Monture plastique	1	500,-	500,-
			1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Cinq Cent

Droit de timbre :

