

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° W19-573270

57787

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

CA

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11975 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTALEB NISSINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fatima KHERRA
OPHTALMOLOGISTE
Hopital MYoussef

Date de consultation : 07/01/2021

Nom et prénom du malade : BENTALEB NISSINE

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

Nature de la maladie : prescription de lunettes

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) : [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
07/01/2021		Ceph	G	INF : 091230243 Docteur Fatima RHERD OPHTALMOLOGISTE Dr. Youssouf

[illegible]

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

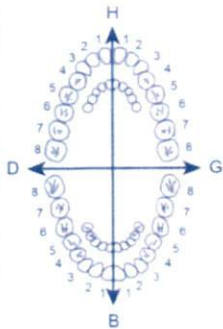
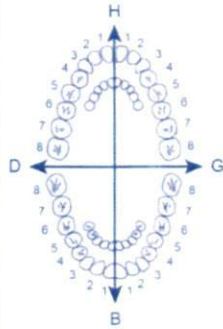
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Mille pour cent Optométriste & Opticien	19 2011					2300,00 D.H.S

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	G		0000000	0000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	G																	
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION MEDICALE CASA-ANFA
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
MOULAY YOUSSEF

المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبية الطبابة الدار البيضاء - أنفا
المركز الاستشفائي الإقليمي
مولاي يوسف

ORDONNANCE

Date: 07/01/2021

Docteur Fatima RHERRAS
OPHTALMOLOGISTE
Hopital My Youssef

BENTALEB NISRINE

Les yeux

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

- Levophtha :

75,00 1 goutte x 3

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV : 75.00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

LOT/عبارة H5717
FAB/تاريخ الإنتاج 02-2-20
EXP/تاريخ الانتهاء 01-2-22

- ~~Glan~~ Laimabak
54,10 1 goutte x 3

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH
6 118001 100651
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouati,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Tu 3 mois

Docteur Fatima RHERRAS
OPHTALMOLOGISTE
Hopital My Youssef



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : 0019512

Date : 19.01.2021

Mr : BENTALEB NISRI NE

Docteur :

Type des verres : ORGANIQUE ANTI REFLET
BLEU KODAK

Monture : OPTIQUE 1200,00

Vision de Loin :

OD Axe 12° cyl - 0.25 sph 550,00

OG Axe 17.2° cyl - 0.50 sph 550,00

Vision de Prés :

OD Axe cyl sph

OG Axe cyl sph

Add :

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Montant : 2300,00

DEVA MILLE TROIS CENT 045

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P / 023451 - Patante : 30057211

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION MEDICALE CASA-ANEA
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
MOULAY YOUSSEF

المملكة المغربية
وزارة الصحة
مديرية الطبابة الدار البيضاء - أنفا
المركز الاستشفائي الإقليمي
مولاي يوسف

ORDONNANCE

Docteur Fatima RHERRAS
OPTALMOLOGISTE
Hopital My Youssef

Date: 07/01/2021

BENTALEB NISRINE

OD : (2 12 - 0,25)

OG : (2 172 - 0,50)

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

verres + monture

Docteur Fatima RHERRAS
OPTALMOLOGISTE
Hopital My Youssef