

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-589751

57784

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15881 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : MOURADI KARIMA

Date de naissance : 27/08/1977

Adresse : La Bis, Rue Ach sidi Agi Boumgane
Casablanca

Tél. : 061535155 Total des frais : 1150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2021

Nom et prénom du malade : MOURADI KARIMA Age : 43ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : une de réfraction

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 : 21/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
21/04/2021			250 DH	INP : 33100614

Dr. Abdelhak BOUCHTA
 Oculiste
 100, Rue Allal Ben Abdellah
 1er Etage - Casablanca
 Tél: 0522 47 33 45 / 05 22 47 14 72

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
	26/01/2021	Nouvel Acctue	1200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	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

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAIS D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإنصال - الليزر - أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 21/11/21, في الدار البيضاء،

N MOUSA OI KARRA

Angiographie retnienne



Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 + 05 22 47 14 72

FACTURE
202100692
Du : 26/01/2021

Etablie par : Z. Fatihi

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE FLUORESCEINIQUE	1	1 200,00	1 200,00
TOTAL CLINIQUE			1 200,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

entes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 200,00



CLINIQUE FRANCE VILLECENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme MOURADI KARIMA DATE DE NAISSANCE : 27/08/1977	Sejour : Du 26/01/2021 au 26/01/2021
	
Reçu N°: 148647	
Paiement du 26/01/2021 11h38	
Montant	1 200,00 Dh
Type de paiement	TPE

Imprimé par : ZAHRI Fatiha Le 26/01/2021 11h38



Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:
Opérateur:
Commentaire:

CLINIQUE FRANCEVILLE
Ophtalmologie

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:
Médecin traitant:

MOURADI, KARIMA
27/08/1977

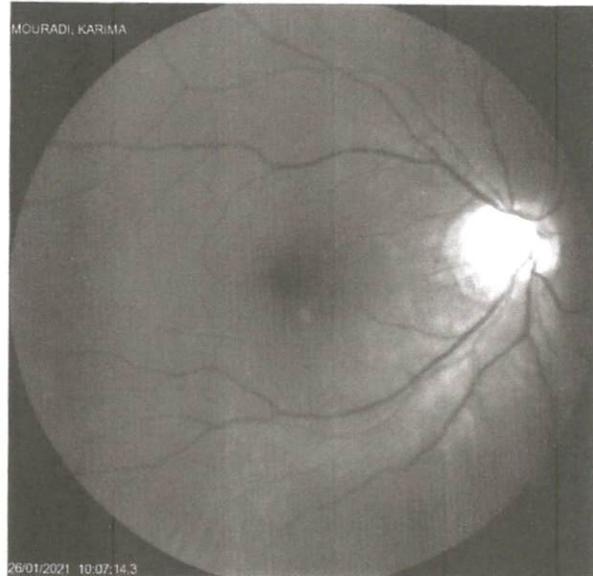
Couleur OD 45° 26/01/2021
Color



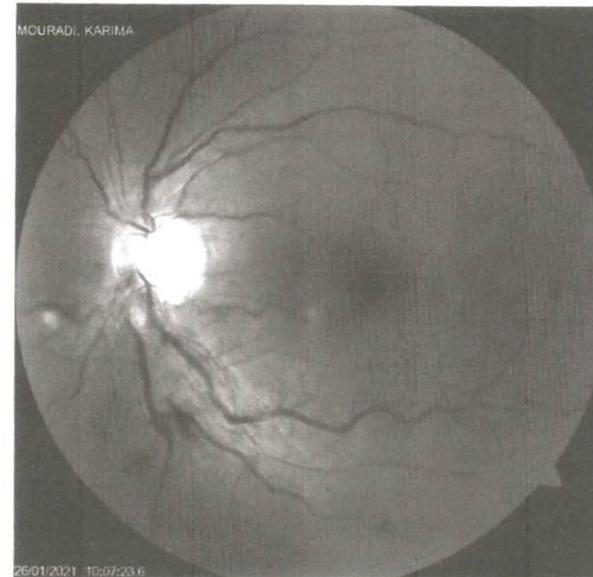
Couleur OS 45° 26/01/2021
Color



Vert OD 45° 26/01/2021
Green



Vert OS 45° 26/01/2021
Green



Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:
Opérateur:
Commentaire:

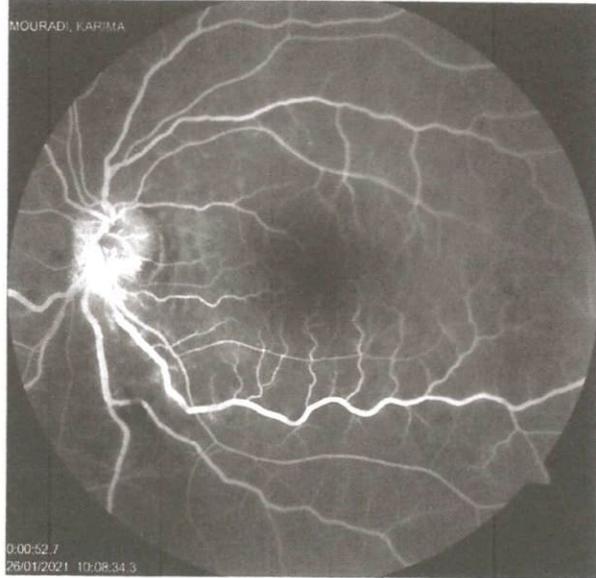
CLINIQUE FRANCEVILLE
Ophtalmologie

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:
Médecin traitant:

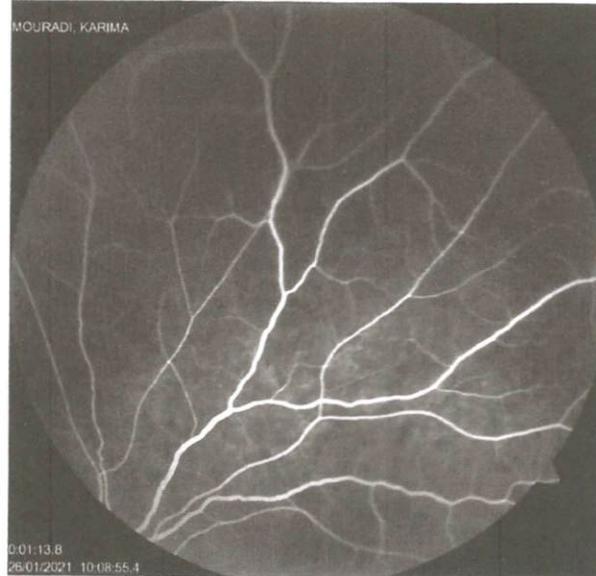
MOURADI, KARIMA
27/08/1977



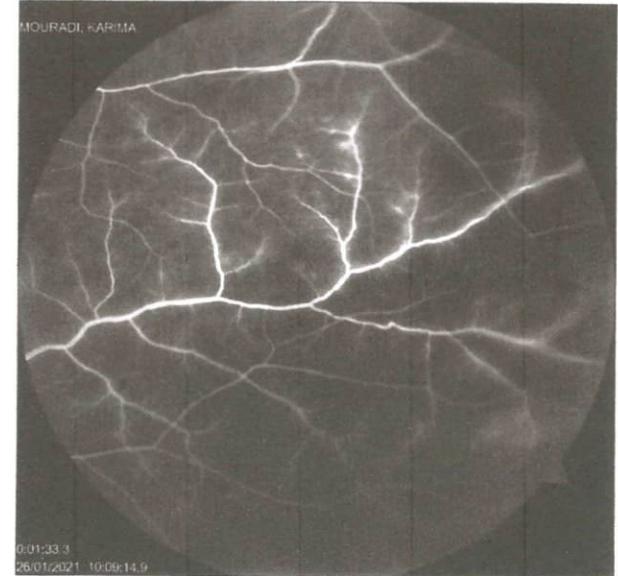
FA 0:52.7 OS 45° 26/01/2021
FA



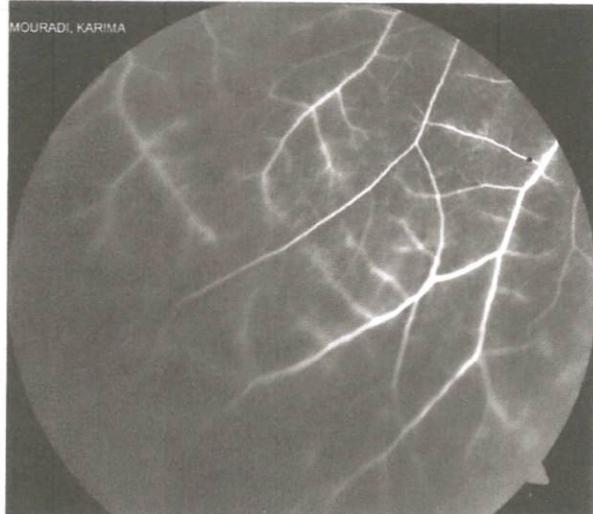
FA 1:13.8 OS 45° 26/01/2021
FA



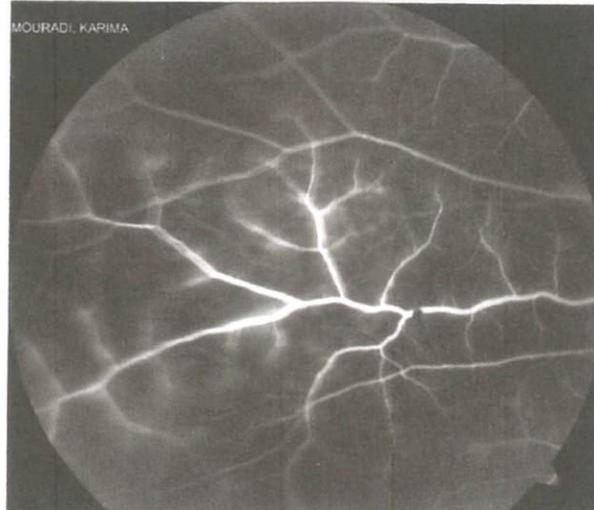
FA 1:33.3 OS 45° 26/01/2021
FA



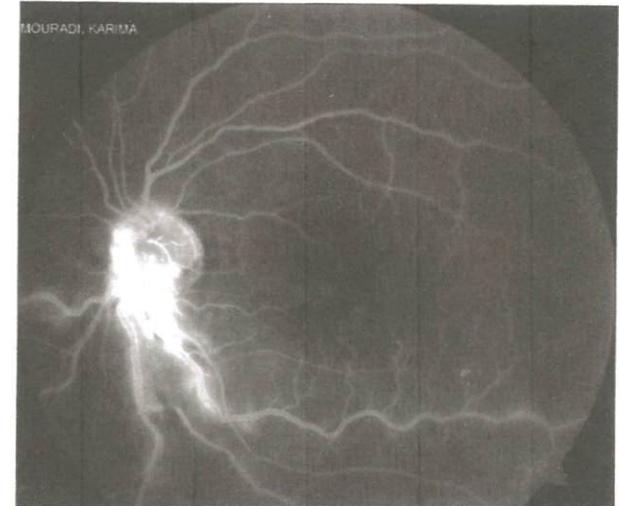
FA 2:22.4 OS 45° 26/01/2021
FA



FA 2:41.7 OS 45° 26/01/2021
FA



FA 6:17.0 OS 45° 26/01/2021
FA



Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:
Opérateur:
Commentaire:

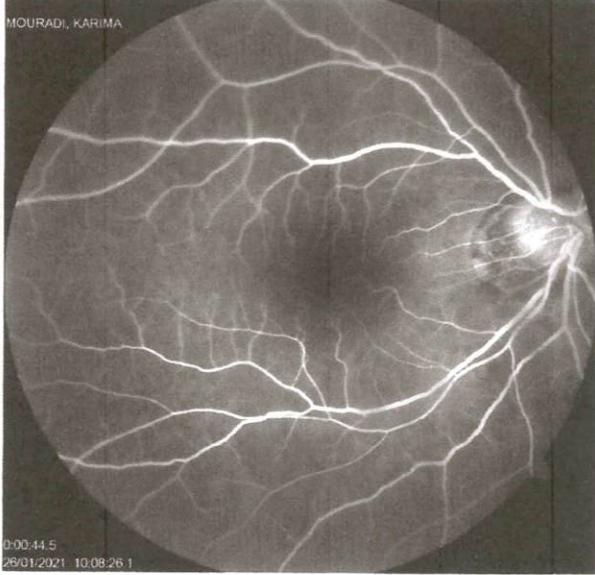
CLINIQUE FRANCEVILLE
Ophtalmologie

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:
Médecin traitant:

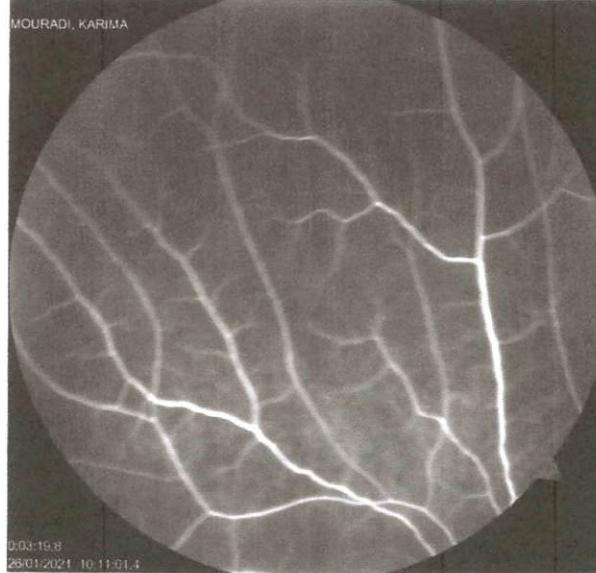
MOURADI, KARIMA
27/08/1977



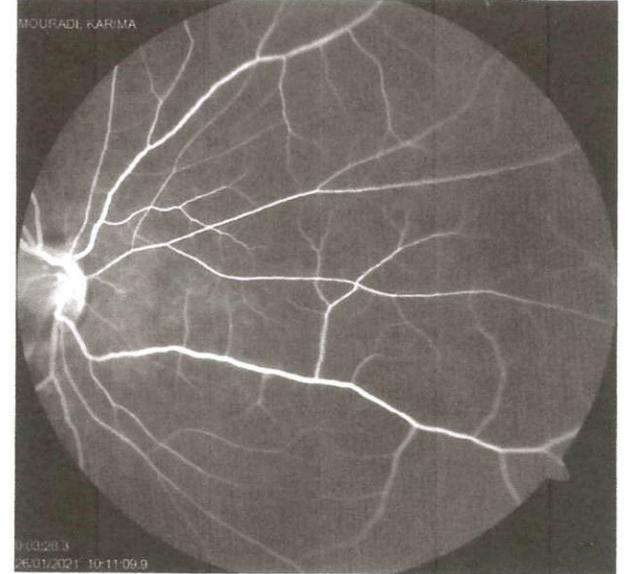
FA 0:44.5 OD 45° 26/01/2021
FA



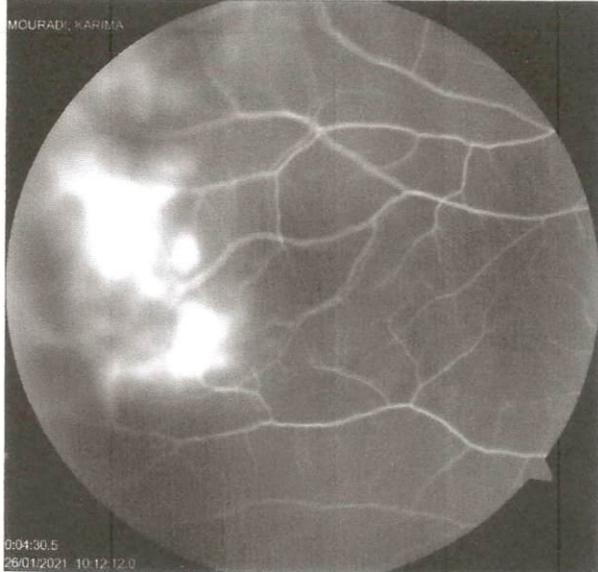
FA 3:19.8 OD 45° 26/01/2021
FA



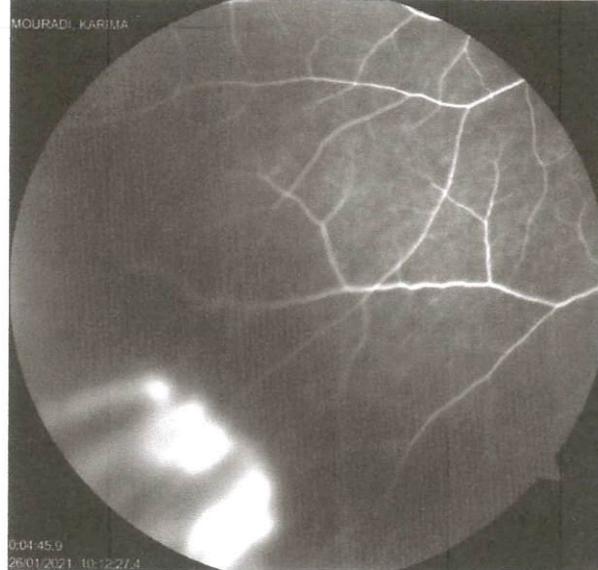
FA 3:28.3 OD 45° 26/01/2021
FA



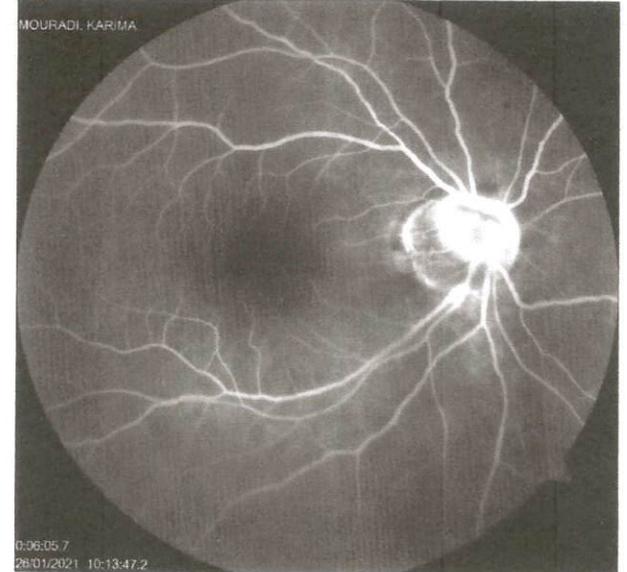
FA 4:30.5 OD 45° 26/01/2021
FA



FA 4:45.9 OD 45° 26/01/2021
FA



FA 6:05.7 OD 45° 26/01/2021
FA





مركز النقديات

26/01/21

11:34:42

9900882540

98825401

CLINIQUE FRANCE VILLE II

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

MOURADI KARIMA

xxxxxxxxxxxxx2597

06/23 CARTE NATIONALE

BD94416270DD742A

201-0-9999-1-44

MONTANT: 1200,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 009234

STAN : 001175

DEBIT

Le CMI vous remercie

PAYEZ VOTRE VIGNETTE EN LIGNE SUR MAVIGNETTE.MA
OU AVEC LE M-WALLET IBRIZ BY CMI ET PARTICIPEZ A
NOTRE GRANDE TOMBOLA !!

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT