

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 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° W21-608544

59479

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00305 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN
 Date de naissance : 23/09/1938
 Adresse : 12 IMPASSE DRAIET HACHLAF - ORA
 Tél. : 0672406347 Frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04/02/2021
 Nom et prénom du malade : CHAIEB LAHSEN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : ORA Le : 12/02/2021

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
04/02/2021	an		CC	INP : 09103788

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE BAB ESSALAM Mr S. K. D. Oumet 27, Rue de l'Indépendance - C.P. 1 Casablanca - Tél: 0522.94.15.14 CE 081087418000087	04/02/2021

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	

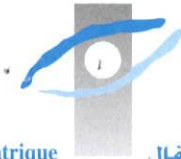
VOLET ADHERENT

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<p>25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35833411 11433553</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>	
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p>	
				<p>DEBUT D'EXECUTION</p>	
				<p>FIN D'EXECUTION</p>	
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>	
				<p>MONTANTS DES SOINS</p>	
				<p>DATE DU DEVIS</p>	
				<p>DATE DE L'EXECUTION</p>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

04 février 2021

Mr. CHAIEB Lahsen

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3-6 Mois

VITAPOS

1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 3-6 Mois

HYFRESH COLLYRE

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3-6 mois

PHARMACIE BAB ESSALAM
Mr. SECKAT Omar
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
Casablanca - Tél: 0522.94.15.14
ICE 00108244800097

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er
CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 41 23/51 - GSM : 06 19 28 36 34

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 إقامه دار مولاي إدريس. 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Casablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 :المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma