

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° W21-619006

64070

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGBOURI MHA MED

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : Bloc B RUE 2 N° 39 AIT SAID AIT MELLOU

Tél. : 0665637356 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/03/2021

Nom et prénom du malade : Lagbouri Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : 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 : 19/03/2021


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. Omar BENNIS
Ophtalmologiste
836 Av. Aba Chouaib Doukkali DSS 83
2ème Etage - Casablanca
05 22 261 541 - 080 83 84 203

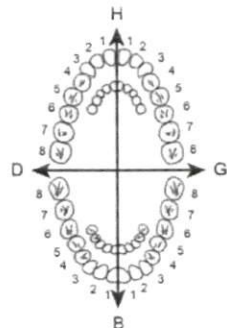
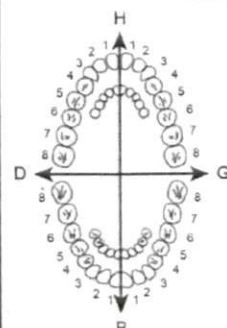
MUPRAS
ACCUEIL

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
12	cf		cf	
03	cf		cf	
2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.03.2021	250000 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar BENNIS

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex.Praticien à l'Hôpital 20 Août Casablanca

Chirurgie de la Cataracte
OCT - Laser - Angiographie

الدكتور عمر بنيس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء
التصوير المقطعي - الليزر - انجيوجراف

INPE :



091163675

Casablanca, le

le vendredi 12 mars 2021

Monsieur Mhamed LAGBOURI

- LUNETTES avec Verres PROGRESSIFS (une monture) :

OEIL DROIT : Plan (-0,25 à 150°) Add 2,50

OEIL GAUCHE : +0,75 Add 2,50

Verres Photochromiques

Verres Traités Anti-Reflets

OPTIQUE ALI
83, Nouvelle Elhra Prds
Marché Bab Ferraouch
CASABLANCA

Dr. Omar BENNIS
Ophthalmologiste
N° 836, Av. Aba Chouaib Doukkali Drissia 3
2ème Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 28 15 41 - 080 83 84 203

836, شارع ابا شعيب دكالي، دريسيا 3، الطابق 2، (أمام مرجان درب سلطان) الدار البيضاء

N° 836, Bd Aba Chouaib Doukkali, Drissia 3, 2ème Etage (en face de Marjane Derb Sultan)

Tél: 05 22 28 15 41 / 08 08 38 42 03 - E-mail: bennis.opht@gmail.com

TP (Patente): 33660018 IF: 40477949 CNSS: 9111303

OPTIQUE ALI
opticien spécialiste
58,Bd anglais
Casablanca



النظارات علي
اختصاصي في النظارات البصرية
58، شارع الانجليز
الدار البيضاء

FACTURE : N° 0943

0943

Ordonnance de M. le Docteur :

LOIN	OD : $150 - 0,25$	PRES	OD : $150 - 0,25 + 2,50$
	OG : $+ 0,25$		OG : $+ 3,25$

FOURNITURE

Montures : Religieuse

Verres : Progeni' King PAX Dura!

Total :

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 12-03-2021

M/ou Mme : LAGBODJI Y'HAUTIE

600,00	
A: 9,6m	
B: 9,6m	
2500,00	
/ /	

le Deurmlukig at dslms.

OPTIQUE ALI
B3, Belleville Ph. 205
Marché de Belleville
C. 500 L. N. A.

ICE : 00183400001810-RC: 108284-IF: 018345