

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

Souscriptions 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034831

Optique 69243 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8362

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LIASSA

Ratina ZDAHRI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° M21- 34831	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- | | |
|-----|--|
| SF | = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| R-Z | = Electro - Radiologie |
| B | = Analyses |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA CA

CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 899368

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LHASSAN Fathma Zahra
Matricule : 8368 Fonction : CDR Poste : POA
Adresse : 10 RUE Hassan Bas Kacem - Seurati
Tél. : 0661168882 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. LHASSAN Fathma Zahra Age : 111111

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 12.03.2021

Nature de la maladie : Cornechia ophe

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A. 12032021 le 12032021 Durée d'utilisation 3 mois



Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 8368

Nom du patient : LHASSAN FATHMA ZAHRA

Date de dépôt : 29-04-21

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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
12-03-2021			300.00	<i>BROUDI BEN AADDA Professeur d'Ophtalmologie Fal Ouled Qumeir Apt. 8 Agdal Rabat Page Agdal 43-01</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ANNOUZHA KETAFI Pharmaciens Rue Ouled Qumeir 43-01 Agdal Rabat</i>	12/3/21	4714 - 6220

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>SANTE VISION N° 17, AV. MM. TÉMAR Tél: 0537-64.20.47/0537-64.22.55 Fax: 0537-64.20.47/0537-64.22.55 E-mail: 0537-64.20.47/0537-64.22.55</i>	12/3/21	Vé	1	1	1	630.00

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
			</td	

SANTÉ VISION

Opticienne Optométriste

Diplômée d'état

Adaptation de Lentilles de Contact

9, Av. Moulay Rachid - Témara - Centre

Tél : 05 37 64 20 47

Ref : lot 002596

Facture

N° 020524



Témara, le 20/3/21

M L.HASSADI Fatiha Talma

NOMENCLATURE	DESIGNATION	P.U	MONTANT
25 + 15 (025 & 5) / lens progressif	2400,-		4800,00
16 + 15 (030 & 10) / lens progressif	2100,-		
vel. 1 + 175	lentille progressif		
	monture offre	1500,00	1500,00
			6300,-

Dont TVA 20 % inclus

Arrêté à la somme de :

SIX mille trois cents dir

Dr. Rajae DAOUDI BENADADA

Professeur d'Ophtalmologie

Diplômée des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Toulouse

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des yeux

Nourrissons, Enfants et Adultes

Ex chef de Service au CHU de Rabat

الدكتورة رجاء الداودي بنعدادة

أستاذة جامعية في طب العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط و تلوز

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

للرضع والأطفال والكبار

رئيسة سابقة لقسم طب العيون بالمستشفى الجامعي

Le

12 mars 2021

Mme LHASSANI Fatima-zahra

Monture + verres correcteurs progressifs
Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.50 (- 0.25 à 50°)

OG = + 1.50 (- 0.50 à 110°)

VP : ODG = Add : + 1.75

Dr. R. DAOUDI BENADADA
Professeur d'Ophtalmologie
59 Av. Fal Ouled Oumeir Appt. 8
4ème Etage Agdal Rabat
Tél : 05 37 77 43 01
59 Avenue Fal Ouled Oumeir, Appart. 8
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 43 01

Pr. R. DAOUDI BENADADA
Professeur d'Ophtalmologie
59. Av. Fal Ouled Oumeir, Appt. 8
4ème Etage, Agdal, Rabat
Tél : 05 37 77 43 01

SANTE VISION
N° 17, AV. MLY RACHID
TEMARA
TÉL : 64.20.47.0537.64.27.56
6337.64.20.47.0537.64.27.56
09165355200067

59.avenue Fal Ouled Oumeir. App 8, 4^{ème} étage
Agdal-RABAT (en face de MAROC TELECOM)

شارع فال ولد عمير ، شقة رقم 8 ، الطابق الرابع

أڭادار، الرباط (مواجه إتصالات المغرب)

Tél : 05 37 77 43 01 / GSM : 06 61 47 08 71 / Email: rj.daoudi@gmail.com

Dr. Rajae DAOUDI BENADADA

Professeur d' Ophtalmologie

Diplômée des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Toulouse

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des yeux

Nourrissons, Enfants et Adultes

Ex chef de Service au CHU de Rabat

الدكتورة رجاء الداودي بنعذادة

أستاذة جامعية في طب العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط و تولوز

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

للرضع والأطفال و الكبار

رئيسة سابقة لقسم طب العيون بالمستشفى الجامعي

Le

12 mars 2021

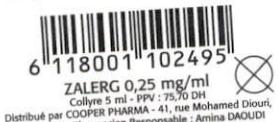
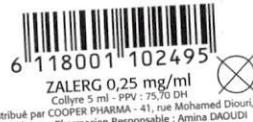
Mme LHASSANI Fatima-zahra

ZALERG COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 21 jours
١٣٥,٨٠

CATIONORM UNIDOSE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois
١٩٨٠٢
٤٢
٣٩٦٠٠



PHARMACIE ANNOURZA
KETTAMI Hamza

Pharmacien
Rue Ouled Souâebet Lou Dukkade
Sousissi - Rabat - Tel : 0527.55.00.04

Dr. R. DAOUDI BENADADA
Professeur d'Ophtalmologie
59. av Fal Ouled Oumeir App 8, 4^{ème} étage
Amen Eliae Agdal-RABAT
Tel : 05 37 77 43 01

59.avenue Fal Ouled Oumeir. App 8, 4^{ème} étage
Agdal-RABAT (en face de MAROC TELECOM)

شارع فال ولد عمير ، شقة رقم 8 ، الطابق الرابع
أڭادال، الرباط (مواجه إتصالات المغرب)

Tél : 05 37 77 43 01 / GSM : 06 61 47 08 71 / Email: rj.daoudi@gmail.com