

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-626371

72016 CA

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 128 W Société : RATI
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj
 Date de naissance : 06-12-1989
 Adresse : Siège Royal Air Maroc, Casa Agg
 Tél. : 066 276 52 24 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 07/05/2021
 Nom et prénom du malade : KABBAG KATELIA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Correction optique
 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 : Casa Agg Le : 25/07/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-626371

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 : 128 W
 Nom de l'adhérent(e) : Kamelia Kabbaj
 Total des frais engagés : 87705 adhs
 Date de dépôt : 25/07/21

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
07/05 2011	CS		200,00	INP : 081171223 Dr BERRADA Ophtalmologue Tel 0522 59 09 26

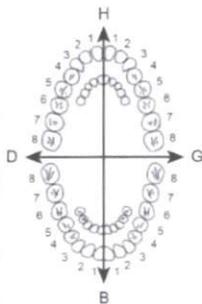
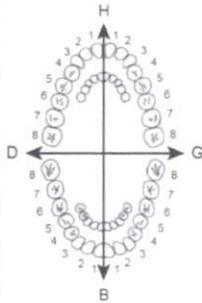
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE GOLF CITY Centre commercial Bouskoura Golf city BOC N° 9 - Bouskoura - Casablanca Tel 0522 59 07 09	07/05/11	242,30

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	
LUNETTE DE LA JEUNESSE Bouich Mustapha Opticien 21 Maarouf 1 Rue 71 Bis Casablanca	05/05 2011					1000,00

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
[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 BERRADA Salma

Spécialiste en Maladies et Chirurgie des yeux

الدكتورة برادة سلمى

إختصاصية في طب وجراحة العيون

Chirurgie de la cataracte
Chirurgie du glaucome
Chirurgie réfractive
Chirurgie des voies lacrymales
Contactologie
Angiographie
Angiographie rétinienne
Traitement par Laser



جراحة الجلالة
جراحة المياه الزرقاء
جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة مسالك الدموع
العدسات اللاصقة
التصوير الشبكية
العلاج بالليزر

07 mai 2021



INPE : 091171223

Bouskoura, le :

Mme KABBAJ Kamelia

99,00

PHYLARM

lavage oculaire matin et soir

157,00

ZALERG COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, 2 Mois

22,60

FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, 10 jours

60,00

OXYAL. COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, 1 Mois

201,00

CORRECTOL. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, 1 Mois

les deux yeux

277,80

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial Bouskoura Golf City
RDC N° 9 - Bouskoura
Tél: 0522 59 05 26

Dr BERRADA Salma
Ophtholmiste
Tél: 0522 59 05 26

LUNETTES DE LA JEUNESSE

Sidi Maârouf 1er Rue 71 N° 13 Bis
Tél: 05 22 81 31 31 - Casablanca
R.C.219034 - NP : 45215970
IF : 34518863 - ICE : 001983514000083

نظارات الشباب

سيدي معروف 1 الزنقة 71 الرقم 13 مكرر
الهاتف : 05 22 81 31 31 الدار البيضاء
س.ت 219034

Casablanca, le : 25/5/2021

M. KABBAS Kamelici

Doit

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION DU	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	SUPPLEMENT
	O.D	O.D	O.D	<u>ORHMC</u>
Docteur	O.G	O.G	O.G

FOURNITURES :

Montures		
Verres <u>ORHMC</u>		
V.L { O.D - 1.00 (-0.50 A 1.20)		200,00
O.G - 1.00 (-0.25 A 1.5)		200,00
V.P { O.D		
O.G		
TOTAL		

LUNETTE DE LA JEUNESSE
Bouch Mustapha
Opticien
Si Maarouf 1 Rue 71 Bis 1 :
Casablanca

Arrêté la Présente Facture à la Somme de

Quatre Cent
DHS

Docteur BERRADA Salma

Spécialiste en Maladies et Chirurgie des yeux

الدكتورة برادة سلمى

إختصاصية في طب وجراحة العيون

Chirurgie de la cataracte
Chirurgie du glaucome
Chirurgie réfractive
Chirurgie des voies lacrymales
Contactologie
Angiographie
Angiographie rétinienne
Traitement par Laser



جراحة الجلالة
جراحة المياه الزرقاء
جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة مسالك الدموع
العدسات اللاصقة
التصوير الشبكية
العلاج بالليزر

07 mai 2021



INPE : 091171223

Bouskoura, le :

Mme KABBAJ Kamelia

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
organiques anti-UV Antireflets anti lumière bleue

OD = - 1.00 (- 0.50 à 120°)

OG = - 1.00 (- 0.25 à 45°)

LUNETTE DE LA JEUNESSE
Bouich Mustapha
Opticien
Sid Maarouf 1 Rue 71 Bis 11
Casablanca

BERRADA Salma
Ophtalmologue
Tel : 05 22 59 05 26