

CONDITIONS GÉNÉRALES ET ÉVITER 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, exactions 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.

Radio 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.

Éducation :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne 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 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° M21- 0059096

85373

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr ZRAOULI Mhamet

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : 5, rue Amir Abdelkader, Ville nouvelle SAFI

Tél. : 0661328375 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophtalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage
SAFI - Tél/Fax : 0524.62.00.20

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : ZRAOULI MHAMED Age :

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

Nature de la maladie : OPHTALMO

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-059096

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

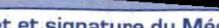
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
28 JUIN 2021		C	950.DH	 Dr. Abdelaziz GHANNOUCHI Ophthalmologiste 14 Av. Kennedy Imm. Al-nour 1er Etage SAFI - Tél/Fax : 0524.62.00.2

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	
OPTICAL AUDITION Opticien Optométriste Parc Plaza 1, Angle Yacoub El Mansour et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammed Tél: 05.23.30.47.13	20/07/2021				7 10.000,00

VOLET ADHERENT

059098

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
		35533411	11433553																
		B																	
		<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'É

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد العزيز الشناني

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

28/06/2021
Safi le أسفي في

MR ZRAOULI Mhamed

MONTURE + VERRES DE LUNETTES :

PROGRESSIFS ORGANIQUES PHOTOCHROMIQUES

ET ANTIREFLETS

Oeil Droit : +3,25 (-1,00) à 145°, Addition + 2,75

Oeil Gauche : + 3,25 , Addition + 2,75

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza1, Angle Yacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine, N°1, Mohammadia
Tél: 05.23.30.47.13

Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophthalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage
SAFI - Tél/Fax 0524.62.00.20

14 شارع كينيدي عمارة النور الطابق الأول (بجانب فندق عبدة) - أسفي - الهاتف / الفاكس : 0524.62.00.20

14 Av. Kennedy Imm. AN-NOUR 1er Etage (à côté Hôtel Abda) - SAFI - Tél / Fax : 0524.62.00.20

OPTICAL AUDITION

Client: Mr ZRAOULI MHAMED

N° Facture: FZM68432109231210

Date: 20/07/2021

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	4000.00
VERRE OD ORG PRG AR: +3.25(-1.00 à 145°) / ADD: +2.75	1	3000.00
VERRE OG ORG PRG AR: +3.25 / ADD: +2.75	1	3000.00
HT		8333.33
TVA 20.00%		1666.67
TTC		10000.00

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza I, Angle Yaacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammedia
Tél: 05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: DIX MILLES DIRHAMS