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

o	Réclamation	: contact@mupras.com
o	Prise en charge	: pec@mupras.com
o	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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-644241

78994

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12526 Société : RAM

☑ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERRARI ELMEHDI

Date de naissance : 10/01/1987

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Dalila SBAI IDRISSI
Ophtalmologiste
84, Bd. My. Driss 1er
Tél. 05 22 86 06 06
INPE : 091033100

Date de consultation : 15/07/2021

Nom et prénom du malade : BENZZINE Amina Age: 31ans

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

Nature de la maladie : Insuffisance coronarienne

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.

MUPRAS — 14 OCT. 2021 — ACCUEIL — OUZZACHANE

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 : CASABLANCA **Le :** 26/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[redacted]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15-21-2021	CT			INP : INPE : 091033100 Dr. Dalila SBAI IDRISSI Ophtalmologiste 84, Bd. My. Driss 1er Tél. 05 22 86 06 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

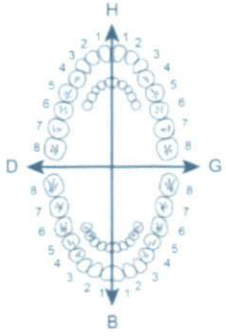
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
Mme. SERRAJ Hanane CENTRE D'ORTHOPEDIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE 85, Bd. Abdelkrim El Khattabi - Rés. Walili	12-03-2021	FACTURE de 10 seances de reeducation orthoptique				150 DH x10 1500 DH

RELEVE 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	Cœfficient
			

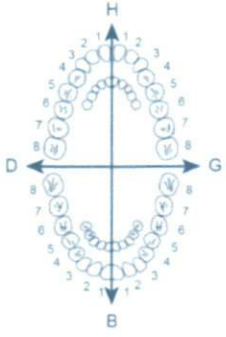
INP : | | | | | | | | | | |

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession
	H: 25533412 21433552 / 00000000 00000000 — D — G — 00000000 00000000 / 35533411 11433553 — B	

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISSI
Ophtalmologiste
Echographie - Pachymètrie - Angiographie - Topographie
Laser - Lentilles de contact
Phacoémulsification - Strabologie
Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة الساد (الجلالة)
بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le.....
15/07/2021

Mme BENZZINE AMINA

Insuffisance de convergence OG qui lâche

Rééducation orthoptique (10 séances)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél.: 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 62 24 ..

Dr. Dalila SBAI IDRISSI
Ophtalmologiste
84, Bd. My. Driss 1er
Tél 05 22 86 06 06

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Casa le 12/08/2021

ICE : 00180477700038

TP : 34309939

IF : 41909940

FACTURE

Nom: **BENZZINE AMINA**

Examen : 10 Séances de rééducation orthoptique (2 à 3 séances par semaine)

Prix : 150DH X 10=1500 DH

(MILLE CINQ CENT DIRHAMS)

1er séance ➔17/07/2021

2eme séance➔19/07/2021

3eme séance➔26/07/2021

4eme séance➔28/07/2021

5eme séance➔31/07/2021

6eme séance➔02/08/2021

7eme séance➔04/08/2021

8eme séance➔06/08/2021

9eme séance➔09/08/2021

10eme séance➔12/08/2021

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd Abdelmoumen Res. Walili - Casa

185, BD ABDELMOUMEN, RES. WALILI PARC, 2ÈME ET. (STATION TRAM FACULTÉ MÉDECINE)

☎ : 0522.26.26.26/48.10.86 : 0661.63.34.26 : ha.serraj@gmail.com