

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-595982

94087

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08991

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AMRI Abdelaziz

Date de naissance :

25-02-69

Adresse :

Habituelle

Tél :

0661713696

Total des frais engagés :

3250 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MAATAOUI Laïla
Ophtalmologiste
Hay Nassim, Residence Monja, 213
App: 34 - Casablanca
Tel: 05 22 89 83 89 - GSM: 06 77 78 86 84

Date de consultation :

19/11/2021

Nom et prénom du malade :

AMRI Abdelaziz

Age :

52

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

presbytie

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 :

Casablanca

Le :

19/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
19/11/2021		5	28026	INP: 091665761 Ophtalmologiste Hay Nassim, Résidence Mona, 213 App: 34 Casablanca Tel: 05 22 89 81 80 GSM: 06 77 78 86 84

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
19/11/2021						300000 MKS

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 : <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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	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

Dr. EL MAATAOUI Laila

Ophthalmologiste

Chirurgie de la cataracte, du glaucome, et chirurgie réfractive : lasik, smile PKR

Diplômée en Recherche Scientifique en ophtalmologie PHD
Au complexe intersectorale de recherche Scientifique
et de technologie MNTK

S.fyodorov eye microsurgery Federal state institution
phd MNTK "S.fyodorov eye microsurgery /Federal state institution"

A grée pour permis de conduire



الدكتورة المعطاوي ليلي

أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة وضغط العيون وتصحيح البصر

طبيبة أخصائية في طب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة في البحث العلمي لطب العيون

تمنح شهادة رخصة السياقة (طبيبة مرخص له)

Casablanca le :

19/11/2021

Amr

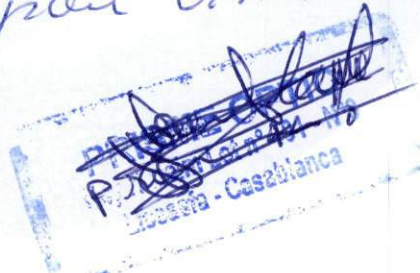
Lunette pour vision
de loin - antireflect

OP (-0,5 ax 40)
OG (-0,25 ax 170)

Lunette de vue pour vision

de près
Addition

OD + 2, 0
OG + 2, 0



Dr. EL MAATAOUI Laila
Ophthalmologiste
Hay Nassim, Résidence Mona, Imm. 213, Apt. 34, Casablanca
Tél.: 05 22 89 83 89 - GSM: 06 77 78 86 84

Hay Nassim, Résidence Mona, Imm. 213, Apt. 34, Casablanca.

Tél. : 05 22 89 83 89 - Gsm: 06 77 78 86 84

E-mail : lailaelmaataoui@gmail.com

حي النسيم، إقامة مونة، عمارة 213، الشقة 34، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 89 83 89 - المحمول : 06 77 78 86 84

البريد الإلكتروني : lailaelmaataoui@gmail.com

Casablanca, le 19/11/2021

Facture N° 11/11

Pour M^{rs} Amri Abdelaziz.

Nbre	Designation	Prix unitaire	Prix totale
1	Monture optique	800,00	800,00
2	Verres organiques de puissance OD = (-0,50 aux 40°) OG = (-0,25 aux 170°) avec addition. OD = +2,00 OG = +2,00	1100,00	2200,00
Total			3000,00 Dhs


PrismOptique Maroc
LISSASFA - Casablanca