

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

- Reclamation : 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° W21-665966

103481

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11397 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NAAOUNI KAOUTAR

Date de naissance : 10-08-1976

Adresse : 145 HAJ FATEH oul

Tél. : 0661467433

Total des frais engagés : 1000 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 NOV 2021

Nom et prénom du malade : NAAOUNI KAOUTAR

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

Nature de la maladie : *[Signature]*

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) :

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Nature des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29 NOV 2021		25000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
		AM	PC	IM	IV	
NOUVEAU OPTIQUE SARL Mazola Angle Rue N°3 et Rue 4 Hay Hassani Tél : 05 20 03 05 09	12/11/21					13000

VOLET ADHERENT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>

SOINS DENTAIRES	
	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
	COEFFICIENT 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

CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAÏBI H. Karim

MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX

Angiographie - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE

ANCIEN CHEF de CLINIQUE des HOPITAUX de BORDEAUX

ANCIEN ATTACHÉ des HOPITAUX de BORDEAUX

Membre de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTALMOLOGIE

Membre de l'AMERICAN ACADEMY of Ophthalmology

الدكتور الشرايبي ح. كريم

اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا

جراح سابقا بمستشفيات بوردو

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

29 NOV. 2021

CASABLANCA, LE

NAAOUMI KAOUEZAR.

Jeus Pouches RS
(+0,75 Dpt (bleu))

+ 0,75 Dpt

NOUVEAU OPTIQUE SARL
Mazola Angle Rue N°2 et Rue 4
Hay Hassani
Tél : 05 20 03 05 09

Casablanca, le 09/12/2024

Nouveau Optique

Facture N° : 336/21

NH : Par

- NAAOUMI

- KAOUTAR

INPE : 0950 23 834

Désignation	Référence	Montant TTC
Monture Plastique Optique		300,00
Organique Antireflet Invalable		
- OD : +0,75		500,00
- OG : +0,75		500,00
Arrêté la présente Facture à la	Total TTC	1300,00
Somme de : Mille	Dont TVA à 20%	
Trois cents		

Cachet et signature

du Responsable :

NOUVEAU OPTIQUE SARL
Mazola Angle Rue n°3 et Rue 4
Hay Hassani
Tél : 05 20 03 05 09