

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-686466

11.2890

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12708 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHAOUI NHALED-ARINE

Date de naissance : 04/04/1986

Adresse : Bd ouled Haddou Rés. Niamer Ima A Apt 13, California CASABLANCA

Tél. : 0669632692 Total des frais engagés : 3300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Iamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421, Bd Abdou Moumen 6ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél. 0522.86.54.29

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/2022

Nom et prénom du malade : BAHAOUI NHALED-ARINE Age :

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

Nature de la maladie : Refractive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, comme pour le renseignement, 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 Le : 03/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
05/03/2022		2	30000	

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

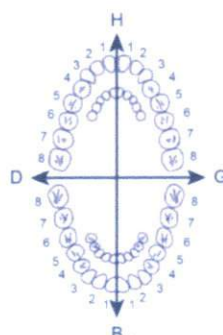
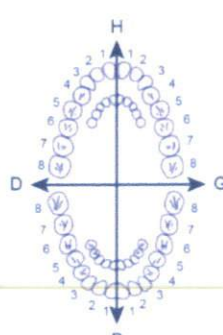
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/03/2022					30000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	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																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(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

Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie

de l'Université Pierre- Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

09/03/2022

Dr. BATHAÏNE ANINE

Sous prisme antireflet (antireflectif)
UV protect

on -0,25 (-2,25 à 0°)

ov -0,25 (-2 à 170°)

GUESSOUS OPTIC PLUS
314, Bd. Abdelmoumen Rés. Beni
Esc B, 3ème étage - Casablanca
Tél: 0022487400000-76
0022487400000-76

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421, Bd. Abdelmoumen, Rés. Ryad Abdelmoumen, Etage
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29

421, Bd. Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail : bourhaleb_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75

Facture N° 0000672

Nom et Prénom : **BAHAOUI MED AMINE**

Date : 15/03/2022

VISION DE LOIN	VISION DE PRES
OD : sph -0.25 Cyl (-2.25 à 0°)	OD : sph Cyl
OG : sph -0.25 CYL (-2.00 à 170°)	OG: sph Cyl

DOUBLE FOYER ☐

PROGRESSIF ☐

OD : SPH

CYL

ADD :

OG : SPH

CYL :

ADD

Quantité	Désignation	Prix (dh)
1	Monture : PLASTIQUE	1000
2	Verres : organiques antireflets	2000

Montant en lettre : arrêtee la présente facture
à la somme de : trois mille dirhams TTC

Total (TTC)

3000

(TVA) 20%

500

Cachet & signature

GUESSOUS OPTIC PLUS
314, Bd. Abdelmoumen Rés. Beni
Znassen II - Casablanca
Tél : 05 22 25 87 46
Patente : 34750237 - CNSS : 1490615 - I.F. : 34433540 - RC 428869 - INPE : 095007670