

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° W21-718934

123337

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10210 Société : R.A.P.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ouzine Aicha
Date de naissance : 01/01/1955
Adresse :
Tél. :
Total des frais engagés : 3800 + 280 + 448804 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25.7.2022
Nom et prénom du malade : ouzine Aicha Age : 67
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : stv No réaction
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) :

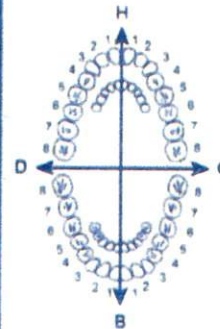
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8-7-02	G + A		400,00	INP : [] [] [] [] [] Ophthal ALAG 195
	(Frais de Soins)			

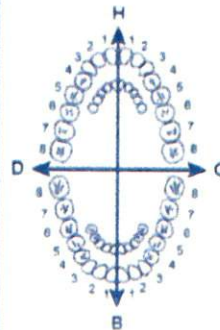
[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Participe	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	25					
	07					
	22					38000

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie
Laser - OCT - Strabisme - Lentilles de Contact
Médecin agréée :
Permis de conduire



الدكتورة العلوي بن هاشم بهيجة

خريجة كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أشعة لازير
طبيبة معتمدة :
رخصة السياقة

Casablanca, le:

الدار البيضاء، في:

9-012115. AGUA

OPTIQUE MAZOLA
N°30 Résidence Hassanin Rue Mazola
Hay Hassanin Casablanca
Tel: 05 22 30 12 03

2062550
Amu

1,50 - 0,25

0,25 / 1,50 - 0,25 / + 0,25

21 21 + 2/50
0,25

- FOLE OVAL

135,00



2 pr 3x

A gvalarm (uniolex)

145,00

Tout le x 1h



280,00

MR. EL ALAOUI Babija
OPHTALMOLOGUE
105. Bd. Afghanistan
Hay Hassani Casablanca
Tel: 05 22 93 32 66

Pharmacie HAND
Lot. Mouja el Bloc 11
N°516 Hay Hassani
Casa - Tel: 0522 914 457

Hydrate et apaise
Yeux secs, fatigués
PPC : 145,00 DH

PPC: 135,00

LOT E 04 21
10/2/24

OPTIQUE MAZOLA

Opticien Spécialiste

N°30 Residence Hassoune 3 Rue 4 Mazola

Hay Hassani Casablanca

Tél : 05 22 90 12 03 - 05 40 08 81 79

NP : 35083127 / NRC : C1107



Facture : N° 100428

Casa, le 25/07/2022

Mr : OUZINE AICHA

Doit

Montures: Monture de lunettes

800DH

Type de Verres: Progressif Anthic les

O.D: - 1,50

V.L:

O.G: + 0,25 / - 0,25 . 80/

1500DH

1500DH

O.D:

V.P:

O.G:

Add.:

Total :

3800DH

OPTIQUE MAZOLA
N°30 Residence Hassoune 3 Rue 4 Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 90 12 03

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le:

M. ou Mme: