

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 001376

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062 Société : 135251
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HATLA Mohamed
Date de naissance : 1940/04/04
Adresse : Bulac OS N° MG CASA
Tél. : 06 49 65 16 83 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/10/2012
Nom et prénom du malade : HATLA Mohamed Age : 82 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Baisse de vision
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) :

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

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
19.10 2022	consultation	Σ	20 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 NABLA ACHLOUJ Opticienne optométriste 108, Av 6 Novembre CD. CASA Tel : 0522 59 91 19 INPE: 095007605	28.10.2022	1000.00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

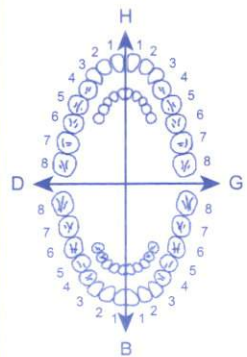
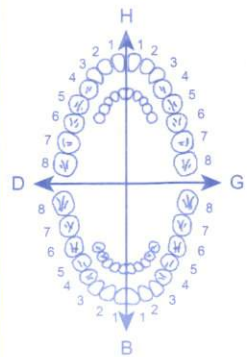
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <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>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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

OPTICIENNE OPTOMETRISTE

DIPLOMEE DE L'INSTITUT SUPERIEUR MAGHREBIN

D'OPTOMETRIE ET D'OPTIQUE DE CONTACT (I.S.M.O.O)

Facture N° 000684

Date : 28.10.2022

RG: 40 45 52
NP: 33 80 52 50
IF: 14 3 69 10
ICE: 00 199 429 100007

Mr: HATLA MOHAMED

Ordonance de Mr le Docteur : INSANE IKLAFEN

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	O.D..... Loin O.G.....	O.D..... Prés O.G.....	O.D..... D.F O.G.....
Fourniture :			
Montures PLASTIQUE			400,00
Verres organique Anti-reflet			
OD: (-0,75 à 95) PL			600,00
OG: -3,25 (-0,75 à 105)			
TOTAL :			1000,00 DH

Arêtée le présente Facture à la Somme de : 1000,00 \$DH

Mille Dirhams

MAGRABI OPTICAL
NABILA ACHLOUJ
Opticienne Optométriste
108, Av 6 Novembre CD CASA
Tél : 0522 59 91 19
INPE: 095007605

Docteur Ihsane IKLAFEN

Spécialiste en chirurgie et
Maladies des yeux

Ex Médecin des Hôpitaux Tunisiens

Ancienne interne des Hôpitaux de paris (France)

Chirurgie de la cataracte par phaco - emulsification
Angiographie - laser - contactologie

الدكتورة إحسان إكلاف

إختصاصية في أمراض وجراحة
العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تونس

طبيبة سابقة بمستشفيات - باريس - فرنسا

جراحة الجلالة - تصوير أوعية العين - أشعة ليزر
العدسات اللاصقة

18.10.2022

Casablanca, le : : الدار البيضاء :

HATLA Mohamed

Description lunettes :

OD: (-0.75 à -0.95)

OG: -3.25 (-0.75 à -1.05)

lens anti reflex

MAGRABI OPTICAL
NABU - 108 Av. 6 Novembre
Opticien - 108 Av. 6 Novembre
108 Av. 6 Novembre - CITI CASA
Tél: 0522 59 9119
INPE: 095007609

Docteur IHSANE IKLAFEN
Maladies et Chirurgie des Yeux
912 Av. Driss EL HARTI Etage 1
Casablanca

912, شارع إدريس الحارثي، الطابق 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 59 86 83

912 Av, Driss El Harti ETG 1 - Casablanca - Tél.: 0 5 22 59 86 83

GSM : 06 52 78 48 90 - INPE : 101162527