

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

- 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° W19-476685

03 DEC 2022

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8881 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUA JSSU

Date de naissance : 30/11/2011

Adresse : 298 Boulevard Golf City Ville Nouvelle Casablanca

Tél. : 06 61 09 90 56 Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Dahir EL BARDAI

OPHTALMOLOGISTE

219, Bd. Zerktouni - Rés. El Bardai

Maârif CASABLANCA

Tél 05.22.94.95.39 / 06.61.17.72.01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 DEC. 2022

Nom et prénom du malade : OUA JSSU 8 ans

Age : 13

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

Nature de la maladie : Cancer

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

04 JAN. 2023

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) :

VOLET ADHERENT

[illegible]

CS

300.DH#

INP 091048249

Docteur Dahir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai
Madrid - CASABLANCA
TEL 05.22.94.95.39 / 06.61.17.72.01

[illegible]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
	13/08/2016		

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	
ENKIA HAJAR mm 7 GPE 4 Lot Enkiaz Errahma Dar Bouazza Casablanca Fix : 08 08 56 38 77 ENKIA	05/11/21 012					21000 dlr

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

du Particien

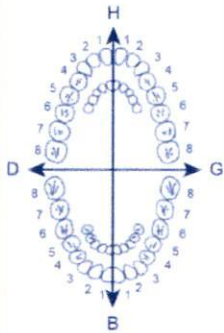
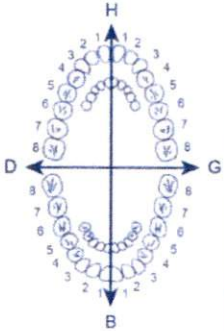
ENKIA HAJAR
Imm 7 GPE 4 Lot Enakko
Errahma Dar Bouazza
Esabianca
Fix : 08 08 56 38 77

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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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	Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réadaptation
Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réadaptation	
Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réadaptation		
Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réadaptation			
Soins de rééducation	Soins de réadaptation				
Soins de réadaptation					

Coefficient

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BENKIA OPTIQUE

Opticien Spécialiste



HAJAR

7 Op. Annakhil Rahma - Etage MG Appt. 3

Imm. MG 3GH 4 - Casablanca

Tél. : 08 08 56 38 77 / 06 66 76 23 00

0002749

HAJAR BENKIA
INPE: 095028411

Ordonnance du Docteur :

N° de Nomenclature :

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D. : 185-025 / 125	PRES	O.D. :
	O.G. : 185-025 / 125		O.G. :

FOURNITURE

Monture : Optique

Verres : ORLanique ANTI

reflets F. ble

Total : 2100dh

BENKIA HAJAR
3 Imm 7 GPE 4 Lot Ennakhil
Errahma Dar Bouazza
Casablanca
Fix : 08 08 56 38 77

800dh
1300dh

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille cents

Casablanca, le : 05/12/22

M. ou Mme : Zineb WATJON

Docteur EL BARDAI Dafir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabismes, Micro-Chirurgie, Lentilles
Angiographie, Laser

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse. FRANCE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Hassan II des Spécialités. Laâyoune

الدكتور البردعي ظافر

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات
تخطيط الأوعية، لآزر

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات تولوز. فرنسا

طبيب رئيسي سابقا لقسم أمراض وجراحة العيون
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

Casablanca, le 03 DEC. 2022 الدار البيضاء، في

Zineb OUAJOU

Corneal opht. x. L. L. L.

Maître

Corneal opht. x. L. L. L. Fort indic
II au antiothr

BENKIA HAJAR
3 Imm 7 GPE 4 1st Ennakhil
Errahmja Dal Bouazza
Casablanca
Fix: 08 08 56 38 77

Docteur Dafir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219, Bd. ZERKTOUNI - Rés. El Bardai
Maârif - CASABLANCA
Tél: 05.22.94.95.39 - 06.61.17.72.01

ODt = (85' - 0,25) - 1,25.
OG = (85' - 0,25) - 1,25.