

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

- 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'Hortage 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° W21-775099

147418

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6414 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL BOUSSAOUI HABAN
 Date de naissance : 02/02/1965
 Adresse : HAY EL OULFA RUE 58 N°42 CAS A
 Tél. : 0668589973 Total des frais engagés : 2100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : SOUMAYA M. TIMANI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CAS A Le : 02/02/23

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
04/02/1968	S4 FD		300 \$	INP : 01/06/1968 

[illegible]

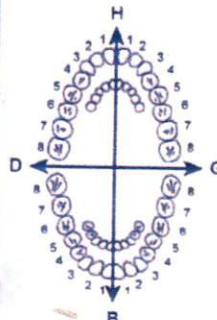
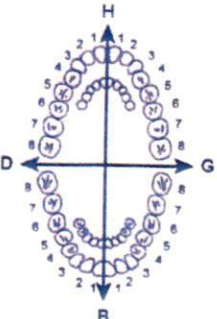
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	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 style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE

N° 0460

Casablanca le : 6/1/23

Me/Mme : Soumya Amani

Matricule :

Nom Article	Désignation	P.U	P.Total
Numéro :			
Monture de Lunette :	optique		300 DH
Verres Organique :	antifl		700 DH
V.Loin : O.D : Axe : 70	CYL: -0.50 SPH: -0.75		
O.G : Axe : 88°	CYL: -0.50 SPH: -3.00		
V.Près : O.D : Axe :	CYL: SPH:		
O.G : Axe :	CYL: SPH:		
ADD : +2.00	O.D :		800 DH
	E.I.P		
Ophtalmo :	O.G :		1800 DH
Mill. DH			

Optique 35
Elalia 1, BD Oued Tansift, N°188 Oulfa 20220 Casablanca
Gsm : 06 12 73 35 90 Email : optikeroulfa35@gmail.com
IF: 26174813- Patente : 36000510 - RC : 434096
ICE : 002158166000037

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر....

Casa le : **07 Décembre 2022**

Mme ATMANI Soumya

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL :

OD = - 0.75 (- 0.50 à 70°)

OG = - 3.00 (- 0.50 à 88°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.00