

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 Anglé 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° W21-778273

Courriel
149240

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *SOUSSE MENERHI LAILA*
 Date de naissance : *07.07.74*
 Adresse : *51 Abdellah Ben Abdellah*
 Tél. : *06061369057* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

DR. LAFNOUNE Zoubida
OPHTALMOLOGUE
124, Bd. Khalil Hay Moulay
Abdellah A'n Chock - Casa
Tél : 05 22 52 82 74

Date de consultation : *28.12.2022*
 Nom et prénom du malade : *SOUSSE MENERHI LAILA* Age : *48*
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Caractéristiques 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *SOUSSE*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-778273

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *149240*
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
28.12.2022	CR		250,00	INP : 091088279

Dr. LAFNOUNE Zoubida
OPHTALMOLOGUE
124, Bd. Khalil Hay Moulay
Abdellah Ain Chock - Casa
Tél : 05 23 62 62 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. RAMI Hanane 05 23 33 70 96 Rue 2 N° 20 Benachid	28.12.22	28,60

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	

VOLET ADHÉRENT

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

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	MONTANTS DES SOINS []			
	DATE DU DEVIS []			
	DATE DE L'EXECUTION []			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LAFNOUNE Zoubida

(Ep. RAZI)

Ophtalmologue

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de l'Université de médecine de Paris

PIERRE MARIE - CURIE - FRANCE

Ancienne Interne Du C.N.O des QUINZE - VINGTS

de PARIS (centre national d'ophtalmologie)

Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

Laser ARGON, YAG, EXCIMER, LASIK, PKR, FEMTO, ICL

Transeptheliale, Angiographie, Lentilles de contact, OCT

Echographie des Yeux



الدكتورة لفنون زوبيدة

(زوجة الرازي)

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة بجامعة الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الوطني لأمراض العيون بباريس

عضو رسمي بجمعية أمراض العيون الفرنسية

الليزر، العدسات اللاصقة، أنجيوجرافيا

الليزر إكسايمر - لازيك

الفحص بالصدى

Casablanca, le 28.12.2022 في الدار البيضاء،

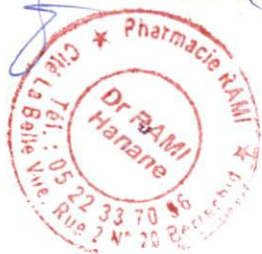
A E Soussi MENEETH
LAILA

28.12

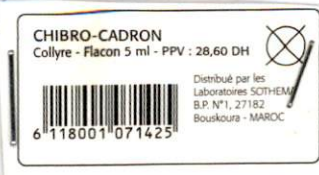


Chibro-Cadron
1200 x 2 f f u de 15

T: 28.12



Dr. LAFNOUNE Zoubida
OPHTALMOLOGUE
124, Bd. Khalil Hay Moulay
Abdellah - Aïn Chock - Casa
Tél : 06 24 62 62 74



Dr. LAFNOUNE Zoubida

(Ep. RAZI)

Ophtalmologue

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de l'Université de médecine de Paris

PIERRE MARIE - CURIE - FRANCE

Ancienne Interne Du C.N.O des QUINZE - VINGTS

de PARIS (centre national d'ophtalmologie)

Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

Laser ARGON, YAG, EXCIMER, LASIK, PKR, FEMTO, ICL

Transepithéliale, Angiographie, Lentilles de contact, OCT

Echographie des Yeux



الدكتورة لفنون زوبيدة

(زوجة الرازي)

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة بجامعة الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الوطني لأمراض العيون بباريس

عضو رسمي بجمعية أمراض العيون الفرنسية

الليزر، العدسات اللاصقة، أنجيوجرافيا

الليزر إكسايمر - لازيك

الفحص بالصدى

Casablanca, le: 28.12.2022 في الدار البيضاء.

1 = Soussi, MEMEBH
LAILA

U
anti mellek

VP 006 + 1,75

Dr. LAFNOUNE Zoubida
OPHTALMOLOGUE
124, Bd. El Khalil, Hay Moulay
Abdelah Aïn Chock - Casa
Tél : 06 68 74 32 15

124، شارع الخليل، حي مولاي عبد الله - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 52 62 74 - مستعجلات : 06 68 74 32 15

124, Bd. El Khalil, Hay Moulay Abdelah - Aïn Chock - Casablanca - Tél. C : 05 22 52 62 74 - Urgences : 06 68 74 32 15