

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'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

M22- 0048507

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 376 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEBTI HAGAR 15 00 86
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr J. ZAIM
 Ophtalmologiste
 Ophtelmo Clinique de Casablanca
 13, Rue des Papillons Océ - Casa
 Tél : 0522 25 71 71 (SLG) Fax : 0522 25 11 15
 Date de consultation : 09/02/2019
 Nom et prénom du malade : SEBTI HAGAR Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

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
05.12.23	a		Ca	Dr J. ZAIM Ophtalmologiste Ophtalmo Clinique de Casablanca 13, Rue des Peupliers Ossis - Casa Tél : 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax : 0522 25 11 15. INPE : 091140186

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

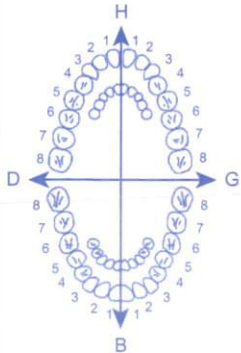
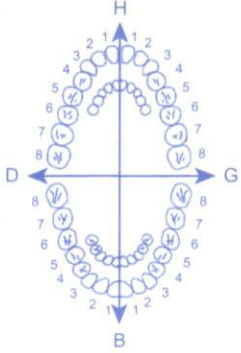
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CHRONOVISION - CASA Opticien-Optométriste Centre Commercial Marjane California - Casablanca Tél/Fax: 05 22 50 02 20 ICE : 001114797000036	02/10/21/23					3000 Dht

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

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANÇA



صحة العيون
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



36560

Casablanca le :

09 février 2023

SEBTI Hayat

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière
bleue

VL : OD = + 1.50 (- 2.75 à 75°)

OG = + 1.00 (- 1.50 à 90°)

VP : ODG = Add : + 3.00

DR. SEBTI Hayat
Optométriste
Tél. : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15
ICE : 001714797000036

CHRONOVISION - CASA
Opticien-Optométriste
Centre Commercial Mariane
California - Casablanca
Tél. Fax : 05 22 50 02 20
ICE : 001714797000036

Urgence 24/24

CHRONOVISIO - CASA

Centre Commercial Marjane
Californie - Casablanca
Tél. & Fax : 05 22 50 02 20

Facture N° 1001513

Nom : Mme SBTI

Prénom : HAYAT

Casablanca, le : 09/02/2023

Quantité	Désignation	P.U. T.T.C	Montant T.T.C
1	Une Monture optique	600	600,
2	Verres progressifs optique antireflet		
	OP + 1,50 (75 - 2,75)	1200	1200
	OG + 1,00 (90 - 1,50)	1200	1200
	cadre + 3,00		
CHRONOVISION - CASA Opticien-Optométriste Centre Commercial Marjane Californie - Casablanca Tél/Fax: 05 22 50 02 20 ICE : 001714797000036			

Dont T.V.A 20% : 500,

Total T.T.C

3000,

Réglement par : pay

La présente facture est arrêtée à la somme de : Trois Mille dinars