

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

- Reclamation : 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° W21-768708

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8918

Société :

TRAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEINI TAYEB

Date de naissance : 02-12-63

Adresse : 716, Boulevard de Fes CASABLANCA

Tél. : 06 61 46 19 34

Total des frais engagés : 2700,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/05/2023

Nom et prénom du malade : SKALLI HOUSSEINI GHITA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection scabieuse

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-4-215/2019

Dr. MAHMOUD DENHADDO
Ophtalmologiste
16, Bis Angle Bd My Youssef
et Hassan 1er Résidence Foro
Tél : 05 22 88 08 08

ACCUEIL
M
6707 14/05/23
M
MUPRAS

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
08/05/2023	C3	300		Dr Mouna BENMOUNA Ophthalmologiste 16, bis Angle Bd My Youssef Rég. 1er Résidence Soro Tél: 05 22 88 08 08

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE KARIM 841, Souk Ennadi Casa	18/05/23					2400,00

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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Cabinet Bidisciplinaire

Ophtalmologie / Gynécologie - Obstétrique



Professeur Mouna BENHADDOU

الدكتورة منى بنحدو

Ex- Professeur A. à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtalmologiste

إختصاصية في جراحة و أمراض العيون

Maladie et chirurgie des yeux-Ophtalmologie Pédiatrique-
Strabisme-lentille de contact-Rétine

Consultation sur rendez-vous

Professeur Nouredine MATAR

الدكتور مطار نور الدين

Professeur et Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd.
Diplômé de l'Université René Descartes (Paris-France)
et de l'Université Illinois (Chicago - USA).

Gynécologue - Obstétricien

إختصاصي في أمراض النساء و الولادة

Chirurgie et Cancérologie Gynécologique et Mammaire
Chirurgie et Traitement de la stérilité

Consultation sur rendez-vous

08 mai 2023

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

Mlle SKALLI HOUSSEINI Ghita

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

• OD = - 2.50 (- 0.75 à 180°)

OG = - 2.50 (- 0.75 à 180°)

Dr Mouna BENHADDOU
Ophtalmologiste
16, Bis Angle Boulevard Moulay Youssef
et Hassan 1^{er} Résidence Sorour
Tél : 05 22 88 08 08

OPTIQUE KARIM
841, Souk Ennard Derb Ghalief
Casa - Tél : 05 22 03 76 66 68

16 مكر، زاوية شارع مولاي يوسف وشارع الحسن الأول - إقامة صرور - الطابق الأول (قرب قنصلية أمريكا) - الهاتف/الفاكس : 05 22880808

16 Bis, Angle Boulevard Moulay Youssef et Hassan 1^{er} - Résidence Sorour - 1^{er} étage (Près du consulat USA) Tél/Fax : 05 22880808

GSM : 0666895515 / E-mail: noureddinematar@gmail.com - mounabhaddou@gmail.com

OPTIQUE KARIM

Facture N° : 1718

Date-le : 18/05/2023

Vente Lunette
Solaire
OPTIQUE

Nom et Prénom :

Type de Monture	Prix
Plastique.	800,00
Nature des verres orga. gr. Anti-refl.	
o (185 - 0,75) - 2,50	1600,00
os (180° - 0,75) - 2,50	
Total Payé	2400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille quatre
Cent dirhams

OPTIQUE KARIM

841, Souk Ennaïd Derb Ghallef

2000 11 18 2023 2400,00