

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'Horlogerie
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° W21-804003

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11423

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABDELLOUH

OMAR

Date de naissance :

1972

Adresse :

Hayoune

BP 635

Tél. :

0662 641393

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr CHRAIBI H. Karim

Chirurgien Ophtalmologiste

Angle Route d'Azemmour et Bd

Sidi Abderrahmane Hay Hassani-Casablanca

Tel: 0522 904 750 - Fax: 0522 201 560 - Gsm: 0684749749

Cachet du médecin :

Date de consultation :

25 JUL. 2023

Nom et prénom du malade :

ABDELLOUH

WISSAL

Age :

11/2/2004

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rachite

Wondh

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) :

2

R

ACCUEIL

L. BOUACHANE

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
15 JUL 2023	C2 + F2		300,00	INF : 091041288 Dr CHRAÏBI Chirurgien Ophtalmologue et B... Hay Hassane 015602 53500

salmoles et Bd

CHP / Africa / Annamou / ni-Cas... 749749

~~Dr. A. Z. 11/11/11~~

Chirurgie
Dr. R. Hay
0915602

[illegible]

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

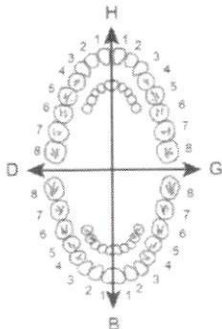
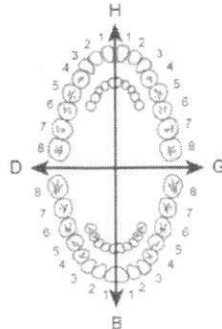
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/01		2			1400,00
	23/3					

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"/>
				CCEFFICIENT 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div> B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAÏBI H. Karim

MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX

Angiographie - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE
ANCIEN CHEF de CLINIQUE des HOPITAUX de BORDEAUX
ANCIEN ATTACHÉ des HOPITAUX de BORDEAUX
MEMBRE de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTALMOLOGIE
MEMBRE de l'AMERICAN ACADEMY of OPHTHALMOLOGY

الدكتور الشرايبي ح. كريم

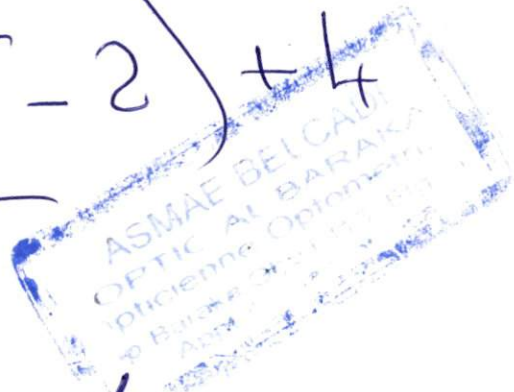
اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا
جراح سابقا بمستشفيات بوردو
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون
عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

25 JUL. 2023

CASABLANCA, le

ABR/2023 10/2023
Jeune Cousineuse InCourse
OD Quinli (15-2) + L
OL + 0.75



Dr CHRAÏBI H. Karim
Chirurgien Ophthalmologiste

Angle Route d'Azemour - Hay Hassani - Casablanca
Sidi Abderrahmane - Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 47 50 - Fax: 0522 91 56 02 - Gsm: 06 47 49 74 9

IMMEUBLE COMMUNAL Hay HASSANI, Angle Bd. Sidi Abderrahmane ET ROUTE d'AZEMOUR, ENTRÉE B
2^{ÈME} ÉTAGE Appt. N°1 - 20230 CASABLANCA - Tél. : 0522 90 47 50 / 0684 749 749
Tél./fax : 0522 91 56 02 - E-mail : cabinet@karimchraibih.com

ASMAE BELGADI
OPTIC AL BARAKA
Opticienne Optometriste
Al Baraka - SO L113- Etg II
Appt 107 - 6080-9000