

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 - Fax : 05 22 22 78 38 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-431370

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04930 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RAJA HASSAN

Date de naissance : 07/12/66

Adresse : HADJ TOUK

Tél : 0666 798 117 Total des frais engagés : 2050 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 08 JUL 2019

Nom et prénom du malade : BABA Med Amine Age : 52

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Anoma lie de le fraction

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 : CASABLANCE Le 17 11 19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-431370

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 : 4930
Nom de l'adhérent(e) : RAJA HASSAN
Total des frais engagés : 2050
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
			2000H	INP : 86020933 مستشفى / مستشفى شماره واکسن اختصاصی می

1

51، شارع وادي
اختصاصي في
مدرستنا

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Optique AL HADAYE</p> <p>Optique Optometrie Cont. color Jamila - Rue 16 N° 8 Citeljem Tel 05 22 58 49 20 0662 33 CASABLANCA</p>	17/09/19	1850,00

Optique AL HADJAJ
Optique Optométrie Cont. col.
Jamila 5 Rue 16 N° 8 Cité Jem
Tel 05 22 59 49 20 0662 33.
CASABLANCA

17/09/19

1850, 2

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

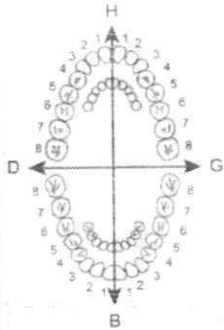
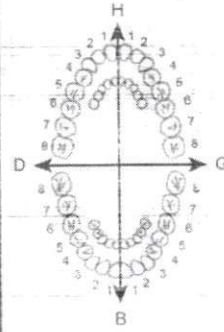
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433052</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th>H</th> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433052	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433052														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B	H														
	(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

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 :

--	--	--	--	--	--	--	--

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

ODF
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25233412	27433052
00000000	00000000

D		G
00000000	00000000	
25522411	11422552	

10

(Création, remont, adjonction)

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

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بناتسي-فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

BABA Med Amine

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

Porter
habituellement:

-1,25(-2,5 à 180) -1,5(-2,0 à 170)

u Anne flul

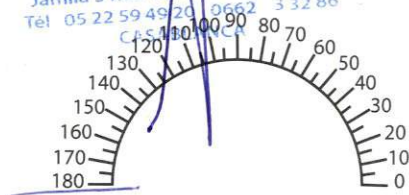
Porter pour
la lecture :

Avec Contact

Optique AL HIDAYA

Optique Optométrie Contactologie
Jamila 3 Rue 16 N° 3 Cité Djemaâ
Tél: 05 22 59 48 20 0662 3 32 86

AX-Int



Casablanca, le : 08 IIII 2019

Signature

51, شارع واد درعة (قرب مقهى القدس) الألفه, الدار البيضاء - الهاتف : 0522 89 75 38

51, Bd. Oued Deraâ, Oulfa - Casablanca - Tél. : 0522 89 75 38



OPTIQUE EL HIDAYA

Jamila 3 Rue 16, N° 8, cité djemaa Casablanca

Tel : 05 22 59 49 20 / 05 40 03 50 35

Patente N° 33933016, IF N° 40494547

Facture N° : ~~N°~~ 002333

Casablanca le : 17/09/2019

Client : BABA Mohamed Amine

Docteur : Marouani Mustapha

Nomenclature N° :

VL	OD :	-1,25 (-2,50 à 180°)	⇒	600,00
	OG :	-1,50 (-2,00 à 180°)	⇒	650,00
VP	OD :	⇒
	OG :	⇒

ADD :

Type de Verres : organique Antiréflexion bleue

Monture



Plastique



Métal



600,00

Total :

1850,00

Optique EL HIDAYA

Optique Optométrie Contactologie

Jamila 3 Rue 16 N° 8 Cité Djemaa

Tél 05 22 59 49 20 0662 3 32 86

CASABLANCA

Arrêter la présente facture à la sommes de :

mille huit cents cinquante