

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

N° W19-473022

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13254	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Doula
Nom & Prénom : Rezekri			
Date de naissance : 27/12/1991			
Adresse : 20, Rue Hou Dakhma Rabyane Casablanca			
Tél. : 06 31 30 28 82	Total des frais engagés : 3050 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MUPRAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 OCT. 2019			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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** Le : **17/10/2019**
 Signature de l'adhérent(e) : **R.B**

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE

OSPITALISATION EN HOPITAL

OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.

DATE DE DEPOT



M U P R A S

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1585956

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Benzekri Djouia*

Matricule : *13 254* Fonction : *Manager NEF* Poste : *2191*

Adresse : *20 Rue Aïdou Rachidine Roudani - Casablanca*

Tél. : *06 39 20 28 82* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Benzekri Djouia*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *14/10/02*

Nature de la maladie : *Refractaire*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A *lundi* le *14/10/02* / Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB

Durée d'utilisation 3 mois

Signé et cachet du médecin
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 99 45 60

RELEVE 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
14.10.2013	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel: 05 22 99 45 51	250 M	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel: 05 22 99 45 51	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	14/10/2019					# 2800.00- Dithane

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Laser

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agrée Pour l'Amnistie de Conduite

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
Casablanca - Tel.: 0522.99.45.68/69



الدكتور براادة السنى شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الدول عدسة الاتصال - الليزر - أخبيوغرافي

لزيك - إزالة البالالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لآمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

الدار البيضاء ، في :

14.10.2013
7^{me} Benzekri Driss

Le centre de l'œil (V.L.) (V.L. - P.I. (P.I.))
- Anterior

$$D = (185' - 425) - 2,25$$

$$D = -250,$$



Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
Casablanca - Tel.: 0522.99.45.68/69

رواق فاميليا زاوية زنقة جورا و أوفرنبي (سينما فاميليا سابقا)

Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca

Tél. : 0522.99.45.68/69

الطابق - المعارف - الدار البيضاء

0522.99.45.68/69

الهاتف : 0522.99.45.68/69



Mme BENZEKRI DOUNIA

Date Facture: 14/10/2019

Facture N°: CH09-10-2019

Mutuelle: MUPRAS

DESIGNATION	QUANTITE	P.U HT	TOTAL HT
Une monture optique	1	750.00	750.00
Verres organiques unifocaux multicouches	2	791.67	1 583.33
			2 333.33
TVA 20%			466.67
TOTAL TTC			2 800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS.**



Adresse: 26, Rue Normandie, Résidence Triangle D'Or, Quartier Racine 20060 Casablanca
Tel: +212 5 22 398159 – Email: optique.plazza@gmail.com ICE:001629061000003
RC: 335583 – Identifiant Fiscal: 15283367 – Patente: 35793963 – CNSS: 4608701