

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

**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° P19- 0035428

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2327 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHABANE Messaoud

Date de naissance : 1953

Adresse : 22 lot Al Mawlid BSA

Tél. : 0661981369 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 30 09 19 Le : 30/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
				Montant des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																					
			Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 050647			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



P 17 / 050647

DATE DE DEROT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2727	Signature de l'adhérent 												
Nom & Prénom		BHADJANE MESSAOUD													
Fonction	heute	Phones 661 91369													
Mail		saou3ew@gmail.com													
MEDECIN		Prénom du patient													
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	65 ans												
Nature de la maladie		Date 1ère visite													
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances															
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires												
			9												
PHARMACIE		Date													
Montant de la facture															
Signature et cachet du Pharmacien															
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date													
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires														
CACHET															
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25/08/19</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				AM	PC	IM	IV	25/08/19				Montant détaillé des Honoraires ATLANTIC SUD OPTIC Opticien Optométriste N°87 Avenue, 24 Novembre Laayoune Tél : 06.96.75.37.11	
Nombre															
AM	PC	IM	IV												
25/08/19															
		4480,00													

DR. BERRIMA KHADRA

OPHTALMOLOGISTE

EX Médecin Chef de Service

D'ophtalmologie à L'Hopital Hassan II

Des Spécialités de Laâyoune

INPE : 021076559

الدكتورة بريمة خضرة

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة رئيسة بمصلحة أمراض وجراحة العيون

بمستشفى الحسن الثاني سابقا



Laâyoune Le

23/09/2019

ORDONNANCE

Nom et Prénom

M. MESSOUAD KHADRA

Verres PROGR A.R

Correction Optique :

OD: $71^{\circ}-0,75^{-}) + 2,75$

OG: $111^{\circ}-0,50^{-}) + 2,75$

ADD : +2,50

ATLANTIC SUD OPTIC
Opticien Optométriste
N°87 Avenue, 24 Novembre
Laâyoune
Tel : 06.96.75.37.11

Dr. BERRIMA.K
Ophtalmologiste
INPE: 021076559
GSM: 0661.07.84.62

Identifiant commun de l'entreprise : 002249574000089

Identification fiscale : 37554715

Identification a la taxe Professionnelle : 77304610

N° Registre de Commerce : 27889

INPE : 095011342

FACTURE NUMER 059/2019

LAAYOUNE LE 25/ 09 / 2019

Nom de bénéficiaire : MESSAOUD RHADBANE

MONTURE: MEDICAL

680.00

DHS

VERRES . PROG PH G 1.6

3800.00

DHS

TOTAL:

4480.00

DHS

Arrêter la présente facture à la somme de : (QUATRE MILLE QUATRE CENT
QUATRE VINGT DIRHAMS)

ATLANTIC SUD OPTIC

Opticien Optométriste

N°87 Avenue, 24 Novembre

Laayoune

Tél : 06.96.75.37.11

CACHET