

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horioge 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° D: 11881  
Saisi

N° W19-498846

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12678

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BARAOU Hanane

Date de naissance :

12/02/1987

Adresse :

Tél. :

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 :

MUPRAS

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.

05 AOUT 2019

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) :

*[Signature]*



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

Veillez 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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis										
				Fin de										

VOLET ADHERENT	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-405297	
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		



W18-405297

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12679
Nom & Prénom <u>BARACI Manane</u>		
Fonction : <u>chef Dep</u>		Phones. <u>0662798773</u>
Mail .....		
MEDECIN	Prénom du patient .....	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date <u>09.05.19</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>Hypométrie</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>G</u>		<u>250 MA</u>
PHARMACIE		
Montant de la facture		Date .....
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
Date : .....		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

OPHTALMOLOGISTE  
Bd d'Anfa, 3e Etage N° 3  
CASABLANCA

**Docteur Nacer TAZI**

**Ophtalmologiste**

Diplôme Universitaire de Chirurgie

de la Cataracte et de la Myopie ( Besançon)

Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie

Rétiniennes ( Paris 7 )



**الدكتور نصر التازي**

**طب وجراحة العيون**

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين

وقصر النظر (بيزانسون)

دبلوم جامعي في تصوير وأمراض

شبكية العين (باريس 7)

*Casablanca, le jeudi 09 mai 2019*

*Madame Hanane BARAOU*

Verres Anti-reflet et monture :

De loin

Œil droit : +0.25

Œil gauche : (173° -0.25) +0.25

Docteur TAZI Nacer  
OPHTALMOLOGISTE  
96, Bd d'Anfa, 1<sup>er</sup> Etage N° 31  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 22 22 18

**Docteur Nacer TAZI**

**Ophthalmologiste**

Diplôme Universitaire de Chirurgie  
de la Cataracte et de la Myopie ( Besançon)  
Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie  
Rétiniennes ( Paris 7 )



**الدكتور نصر التازي**

**طب و جراحة العين**

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين  
وقصر النظر ( بيزانسون )  
دبلوم جامعي في تصوير و أمراض  
شبكية العين ( باريس 7 )

**Casablanca, Le 09/05/2019**

**Note d'honoraires N° : 39/2019**

- **Nom et prénom du patient : Mme BARAOU Hanane**
- **Prestations : Consultation 250 DH**

Arrêter la présente Note à la somme de : Deux Cents Cinquante dirhams.

**Signature :**

Docteur TAZI Nacer  
OPHTALMOLOGISTE  
16, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 31  
CASABLANCA  
0522 22 22 18

CE:001909262000004

96, Bd d'Anfa Casablanca

Tél : 0522.22.22.18 / E-mail: dr.nacer.tazi@gmail.com

IF : 15292728 - Taxeprofessionnelle : 35460506