

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

- 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

12843

Déclaration de Maladie : N° P19-0002279

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOURQUIS Hassana Date de naissance :
 Adresse : 268, Bd Zisacou n° 7 CASA
 Tél. : 0662 71 7779 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUTELAYOUMI Karim
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Condahian - Casablanca
Tél. 022.27.49.95

Date de consultation : 27/11/2019

Nom et prénom du malade : BOURQUIS Hassana Age:

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : CASA Le : 27/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
27/11/2019	U	300		 Dr. O. P. EL KLOUSTE Ophtalmologiste 7, F. de Bendaoud - Casablanca Tél: 022.27.49.95


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 PERFECT VISION 329, Bd. Ziraoui - Casablanca Tél: 05 22 76 35 47	24/12/2019					400 DM
						3600 DM
						= 3800 DM

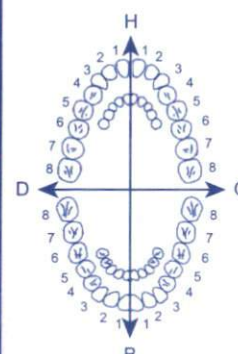
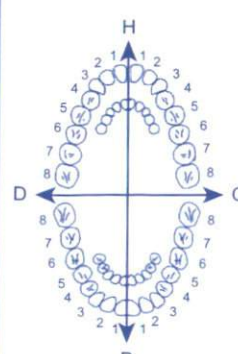
Monture
+
verres organiques
progressifs
Antiréflex

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX														
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
أمراض وجراحة العيون

Casablanca le : **27 Novembre 2019** الدار البيضاء في

**Mme BOURQUIS EP BELGNAOUI
HASSANIA**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

OD = - 1.50 (- 4.00 à 40°)

OG = Pian (+ 0.75 à 40°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

PERFECT VISION
329, Rue Ben Dahan - Casablanca
Tél : 0522.27.49.95

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Ben Dahan - Casablanca
Tél : 0522.27.49.95

0522.27.49.95 الهاتف - الدار البيضاء - زنقة بن دحان , 7

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95

Perfect Vision

FACTURE N°04122019
LE 04/12/2019

Nom et Prénom BOUROUIS EP BELGNAOUI HASSANIA

Désignation	Quantité	Prix TTC
	MONTURE	400DH
Verres	verres organique progressifs antireflets	3400 DH
VL	OD -1.50 (-4.00 40°)	
	OG plan (+0.75 40°)	
add	+3.00	
TOTAL		3800DH

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

TROIS MILLE HUIT CENT DIRHAMS TTC

PERFECT VISION
329, Bd. Ziraoui Casablanca
Tél. 05 22 26 70 47

Perfect vision

329 Bd Ziraoui casablanca. Tel 0522267047

RC 373928. IF 40160833. Patente n° 30202600 ICE 000803907000007 CNSS 8220692
INPE095011185