

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

- 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'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° W19-473402

N°D: 13075

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8482

Société :

Ram

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HABA Hamid

Date de naissance :

05/08/65

Adresse :

FAJR Sidi Bernoussi
Casablanca

Tél. :

0661915342

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/12/19

Nom et prénom du malade :

Haba Salma

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☒ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

78 DEC. 2019

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.

ACCUEIL

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 : 16/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

Hamid

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/13	1924,00

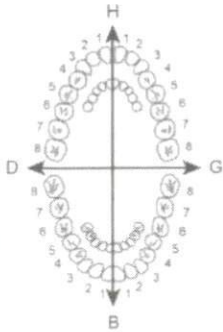
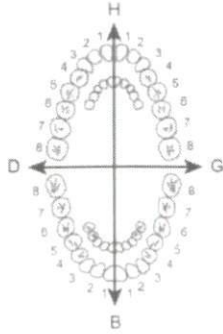
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHAMI Mohamed Hicham

Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive

chirurgie de la cataracte

imagerie et pathologies rétinienne

الدكتور الشامي محمد هشام

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جراحة تصحيح البصر

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

تصوير و أمراض الشبكية

لا تغيب تاريخ الفحص
ولا التاريخ الموجود
على أوراق العيادة

11 décembre 2019

Mlle HABA Safaa

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 1.00 (- 0.25 à 170°)

OG = + 1.25 (- 0.75 à 165°)

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
404, Av. Abdellah Sennaji Dnssia I
Tél : 0522 30 76 50 - Fax : 0522 80 18 36 - Casablanca

114 شارع مختار بن أحمد الكناوي، القدس سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

114, Bd. Mokhtar Ben Ahmed Al Garnaoui, Hay El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél : 0522 73 76 50 - Mail : chami_h@yahoo.fr

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji

Idrissia 1 - Casablanca

Tél. : 05 22 28 70 73

Fax : 05 22 80 18 36

Patente : 33664052

C.N.S.S : 23561145

R.C. : : 20 47 88

IF : 02520198

ICE : 001823017000027

INP : 095004081

FACTURE

N° 0003441

Casablanca, le

M

16/12/2019
HABBA SAFAA

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. =

Ordonnance du docteur

CHANI

NRS de nomenclature
correspondants à
la prescription

Loin {

O.D. =

O.G. =

Prés {

O.D. =

O.G. =

D.F. {

O.D. =

O.G. =

FOURNITURE :

Montures :

Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neille Nef
Cent vingt et une mille

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMTRIE

404, Av. Abdellah Senhaji Drissia 1

Tel. 0522 28 70 73 - Fax : 0522 80 18 36 - Casablanca