

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

Déclaration de Maladie

N° W19-465300

ND: 36204

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5957

Société :

R-A-M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL MAJANI ABDELHAMID

Date de naissance :

07-9-1965

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

0661066195

Total des frais engagés :

4000 + 3000hs

Cadre réservé au Médecin

Dr CHAKIB MARRAKCHI
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
320, bd Zerktouni - Casablanca
Tél. : 0522.22.60.85 et 0522.47.57.60

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10 JUL 2020

Nom et prénom du malade :

EL MAJANI Abdelhamid

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Asbytie

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 :

2020

Le :

10/8/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08-07-2020	A		300	INF : 09697724 Dr CHAKIB MARRAKCHI OPHTALMOLOGISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.08.20	4000,00

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

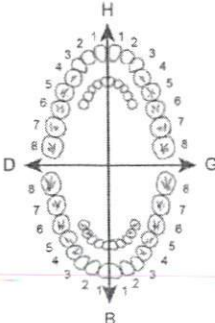
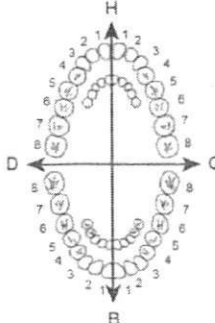
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur *Marrakchi Chahib*
Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse
Laser - Angiographie - Lentilles de contact
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الدكتور شاكيب المراكشي
اختصاصي
في أمراض وجراحة العيون
خارج كلية الطب بطنوفرسا

CASABLANCA, le

24 JUL 2020

El ADANI ABDEZHAMID

Monture + L. Contact
Noir - filtre bleu y + AR

V. l'œil :

OD = +0,25 (150° - 0,25)

OG = 2 l'œil —

V - D = Ast + 2,50

STÉ. OPTIQUE TWIN-CENTER
N°124 Angle Bd Zerkouni
et El Massira 05 22 22 60 85
Télé : 3571 40 00

DR CHAKIB MARRAKCHI
OPHTALMISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
Casablanca
Tél. : 0522.22.60.85 / 0522.47.57.60



OPTIQUE TWIN CENTER

بصريات توين صونطر



OPTICIENNE, OPTOMÉTRISTE
DIPLOMÉE DE L'INSTITUT SUPÉRIEUR
D'OPTOMÉTRIE ET D'OPTIQUE DE
CONTACT - BRUXELLES (I.O.R.T)

إختصاصية في البصريات والعدسات اللاصقة
التخرج من المعهد العالي للبصريات
(I.O.R.T) بروكسل

FACTURE N° : 07979

CLIENT M^r : ELMAJANI ABDELHAMID DATE : 07.08.2020

DOCTEUR:

QTS	NOMENCL	DESIGNATION		PRIX
1		MONT	Monture	1000,00
		TYPE VERRE	progressif blanc antireflet uv	
1		V.L	OD = +0,25 (-0,25 à 150)	1500,00
1			OG = Plan	1500,00
			ADD : +2,50	
		MONT		
		TYPE VERRE		
		V.P	OD: OG:	
		NET A PAYER		4000,00

MODE REGLEMENT: Chèque 7535863

Arrêtée la présente Facture à la Somme de : Quatre mille

Dirhams

Dont T.V.A 20% :

ICE: 000168272000039

121, Twin Center - RDC - CASABLANCA
Tél. : 05.22.95.80.26 - Fax : 05.22.95.80.27
I.F. : 01003944 - R.C. : 93865001 - Patente : 35716001

INPE 095002093