

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 049706

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8744 Société : 40256

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : meghan K Haid

Date de naissance :

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 :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-049706

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHÈSES 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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution 															
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D 00000000	00000000	G	35533411	11433553			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D 00000000	00000000	G																	
35533411	11433553																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

VOLET ADHERENT	NOM: <u>Meghari KHALID</u>	Mle <u>8144</u>
DECLARATION N° <u>P17/044092</u>		
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		



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P17/044092

DATE DE DEPOT
/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>8144</u>	
Nom & Prénom <u>Meghari KHALID</u>			
Fonction <u>Contrôleur aéroport</u>	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Imhassalan Itham</u>		
Adhérent ☐	Conjoint ☒	Enfant ☐	Age
Nature de la maladie <u>affection oculaire</u>		Date <u>04/07/2020</u> Date 1ère visite <u>04/07/2020</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes <u>C</u>	Nbre de Coefficient <u>S</u>	Montant détaillé des honoraires <u>200 Dh</u>	
PHARMACIE		Date <u>04.07.2020</u>	
Montant de la facture <u>25230</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>16 SEP. 2020</u>	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date <u>04/07/2020</u>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
			<u>1800,00</u>

Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda

Ophtalmologiste

* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech

* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux

* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

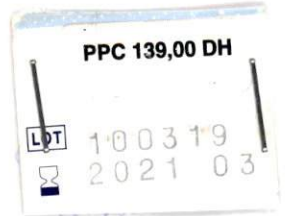
الدكتور الزهراوي محمد رضا
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكية - جامعة بوردو

* طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le : 04/07/2020 الدار البيضاء، في:



Dr. Irhassan Elham

- Xiboral zeo 13900
1/0045 ml 03mn.
- Opatanol 9070
1/0025 ml 03mn.
- flucon 2960
1/0045 ml 10p
25230

العنوان : 219 ، شارع الهراويين (المدنية) قرية الجماعة، سباتة، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 29 18 29 - المستعجلات : 06 39 75 75 70

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemaâ , Sbata 2^{ème} étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70

Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda

Ophtalmologiste

الدكتور الزهراوي محمد رضا
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech

* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux

* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكية - جامعة بوردو

* طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le : 04/07/2020 : في: الدار البيضاء،

7^e Irhassah Ilham

Lunette pour vision de loin, vues enti-
- reflet 2ne vision :

OD : - 0,25 (- 0,50 à 71°)

OG : (- 0,50 à 71°)

OPTIQUE NIL
Bloc 42, 917084 NIL
Sidi Othmane - Casablanca

العنوان : 219 ، شارع الهراوين (المدنية) قرية الجماعة، سباتة، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 29 18 29 - المستعجلات : 06 39 75 75 70

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemaâ , Sbata 2^{ème} étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70

نظارات النيل Optique NIL

Casablanca, Le : 04/07/2020
M : IRHADALE
ILHAN

Bd Nil Bloc 42 N° 70 Bis Sidi Othmane
Casablanca - Tél. : 05 22 37 88 18
RC : 330310 - TP : 37207025 - IF : 49413116
Cnss : 5669801 - ICE : 001776943000097

FACTURE N° 0008741

Ordonnance de Mr Le Docteur :

EB. ZOUHRI El KEDA

N° de nomenclature
Correspondants à la
prescription

VI. OD : axe 1M7 cyl -0.8 sph -0.4
OG : axe 71 cyl -0.8 sph PL

OD = : 411

VP. OD : axe cyl sph

OG = : 411

OG : axe cyl sph

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
1	Montures : gtyl		800,00
2	Verres : opti extra gl		100,00
INLE: 0972070 OPTIQUE NIL Bloc 42, n° 70 Bd. Nil Sidi Othmane - Casablanca Etais :			
		Total (en)	900,00

La présente facture à la somme de :

OPTIQUE NIL
Bloc 42, n° 70 Bd. Nil
Sidi Othmane - Casablanca