

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

NIF: regule 1410112021
MUPRAS
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Declaration de Maladie
 N° W19-566407
 Ok - ND LETIGE SN

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3123 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELRHOULI MOHAMMED

Date de naissance : 18/03/60

Adresse : 270 LOTISSEMENT NAWRASS DAR BOUAZZA. CASA.

Tél. : 0661310516 Total des frais engagés : 8300 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Lamyae BOURHALEB
 Ophtalmologiste
 421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage
 N° 12 Casablanca - Tél: 0522.86.54.29

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : ALAÏNE HADJIC ELRHOULI Age: 60

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

Nature de la maladie : ALAÏNE HADJIC ELRHOULI

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.

ACCIDENT

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 : 29/09/2021

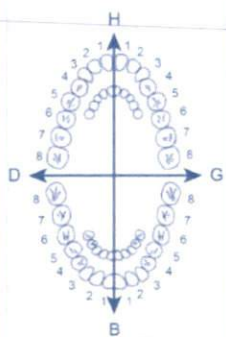
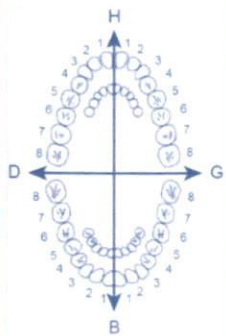
Signature de l'adhérent(e) :

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
3/10/83	CS + TO	300 DTS	300 DTS	Dr. Lamyae BOURHALLA Ophthalmo-odontologiste 421, Bd Abdelmoumen 5ème Etage N° 12 Casablanca - Tél. 0522.85.54.29

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 Fournisseur	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PHENIX OPTIQUE S.A.R.L. 26, Rue Moukharraz, Casablanca Résidence Palmiers - Casablanca Tél. : 001897514000097 Tél. : 0663 16 32 90	12-09-83					8000,00 Dts

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="0"> <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie

de l'Université Pierre- Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالاب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : 31/08/2020 :

Alaoui Khadyja
Ep & L Rhachi

Ses 12 autreflex
(anti de son stress)

on : +4,25 (-0,25 a 0)

dr : +4,25

02 (see 088)

025 : + 2.75

PHENIX OPTIQUE S.A.R.L.
28, Rue Ibnou Khalikane,
Résidence Palmiers - Casablanca
ICE : 001897514000097
Tél : 0663 16 32 90

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421. Bd Abdelmoumen 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29

421, Bd. Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail : bourhaleb_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75

N : 000010295857

Casa le 12/09/2020

NOM PRENOM : ALAMI KHADIJA

DR : LAMYAE BOURHALEB

OD : +4.25 (-0.25 à 80°) ADD +2.75

OG : +4.25 ADD +2.75

OD VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTI REFLET : 3400 DH

OG VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTI REFLET : 3400 DH

MONTURE: 1200 DH

TOTAL : 8000 DH

HUIT MILLE DIRHAMS

MODE DE PAIEMENT : ESPECE

Signature
PHENIX OPTIQUE S.A.R.L.
26, Rue Ibnou Khalikane,
Résidence Palmiers - Casablanca
ICE : 001897514000097
Tél : 0663 16 32 90