

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° W19-423881

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUMZAIRIG Lahoucine

Date de naissance : 09/07/1953

Adresse : Lot SIOLAB derahmane Rue 29 N° 60

OULFA CASA

Tél. : 0633529200

Total des frais engagés : \$600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA SCHECHAOB
Ophtalmologiste
Galerie Familial Ang R Rue U
1 Av. Vergne 3ème Etage Ma

Date de consultation : 16.07.2019

Nom et prénom du malade : BOUMZAIRIG Lahoucine Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension, effet : malade

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 : 08/09/2019

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
16.02.2019	C2	2	20	Dr. BERRADA SOUM CHAKIR Ophtalmologiste Galerie Familla Antea Rue Jura et Av. Vergne 3ème étage Maarif Casablanca - Tél : 05 22 00 44

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/2/19					1400.-\$

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 : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> </table>		H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	35533411	11433553	G	00000000	B	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	21433552														
		25533412	00000000														
		D	00000000														
		35533411	11433553														
G		00000000															
B		00000000															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie



الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أخيبوغرافيا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

Casablanca, le 16.07.2019. الدار البيضاء, في

Baronzaire.

Abi rahmane

Lentilles de Contact (v.u) (ven + Monture)
v. ant. - inf. -

$$(v.u) \quad os = (170 - 0,75) - 1,75$$

$$oh = (0 - 0,75) - 1,00$$

Optique Aigle Vision

OPTICIEN

Gr N Eu 136 N 49 Oulfa
Casabl - R.C 12783
Tél. 05.22.99.45.68 / 22 99

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophthalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél. 05.22.99.45.68

Galerie Familia Angle Rue Jura Auvergne (Ancien Cinéma

Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca

Tél. : 05.22.99.45.68 / 69

رواق فاميليا زاوية زنقة جورا وأوفرني (سينما فاميليا سابقا)

الطابق 3 - المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.99.45.68 / 69

OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

CASABLANCA Le : 18/7/2019

FACTURE N°: 19012018

Désignations	P,U	PRIX TOTAL
Monture optique Verre optique Anti Reflet ob: $(170^{\circ} - 0,75) - 1,75$ ab: $(0^{\circ} - 0,75) - 1,00$		500.- 900.-
	TOTAL	1400.-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille quatre cent dix

Optique Angle Vision
OPTICIEN
Gr. M. P. 106 N 49 Oulfa
Casablanca - R.C. 12783
Tel. 01 22 93 22 99

Siège social : Rue 136 N° 49 GR"N" Oulfa - Casablanca -Tél /Fax : 0522.93.22.99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 -RC : 121783 ICE :000037852000085