

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 3 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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
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° W19-446944

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10190 Société : RAR

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NBIGA Mohamed

Date de naissance : 05/09/1979

Adresse : Rue 73 N° 27 G P OULFA

Tél : 062712285

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/09/2019

Nom et prénom du malade : NBIGA Mohamed Age : 39

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ En

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

RELATIF 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
				INP : <input type="text"/>

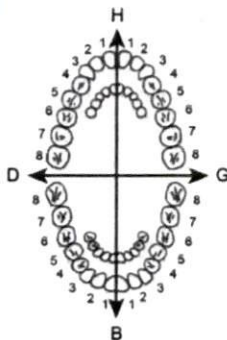
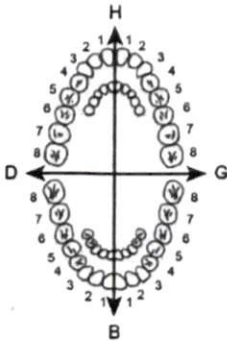
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bil

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'

Dr. BENKIRANE Amina

Diplômée de la faculté de médecine de Montpellier

C.E.S. d'Ophtalmologie

Maladie et Chirurgie des yeux

Angle Bd. Sidi Abderrahmane

et Route d'Azzemmour,

Entrée «A», 2^{ème} étage Appt 3

Tél.: 05 22 89 24 93 / 05 22 90 24 58

Aut. 9643 - ICE : 00174558 9000039

الدكتورة بن كيران أمينة

خريجة كلية الطب بمونبيلي

شهادة الدراسات العليا الفرنسية للعيون

أمراض وجراحة العيون

زاوية شارع سيدي عبدالرحمان

وطريق أزموور، مدخل أ، الطابق 2 شقة 3

الهاتف : 05 22 90 24 58 / 05 22 89 24 93

Casa. Le 5/9/2019 البيضاء في

NRIGA محمد

for M. for V. 2 bin

oo : (70' - 0150) + 1

ob : (80' - 1) + 150

VB

gob : + 2,50

Souda Hay Hassar
16. Bd Afghanistan
Hay Hassani - Casa
Tel: 022 93 83 71
Fax: 022 50 74 15

Dr. BENKIRANE Amina
Ophtalmologue

Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Rte d'Azzemmour - Entrée «A»

Tél.: 05 22 89 24 93 / 05 22 99 24 58

NBIGA
Mohamed

BON DE LIVRAISON

Souda
Hay Hassani

LE: 09/09/19

OMMANDE N°

CONDITIONS DE PAIEMENT:

QUANTITE

DESIGNATION

P.U

TOTAL

1 Monture de lunette

2 Verre organique progressif

OD: +1,00 (-0,50 à 70°)

OG: +1,50 (-1,00 à 80°)

Add: +2,50

800 dh

1500 dh

1500 dh

3800,00

Reçu les marchandises ci-dessus en bon état

Signature



Souda Hay Hassani

16, Bd Afghanistan

Hay Hassani - Casa

Tel. 022 93 83 71

Fax 022 90 74 15