

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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



Maladie-

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° P19-

49859

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5048 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LE BSAIR Amine CA

Date de naissance : 31/01/64

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) :

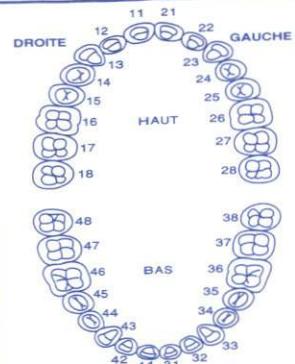
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, 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

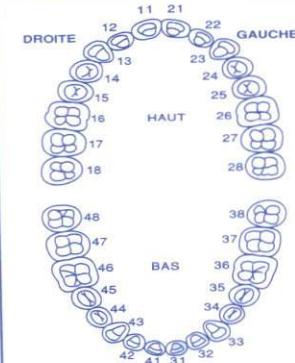
Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	12 13 14 15 16 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31	HAUT	21 22 23 24 25 26 27 38 37 36 35 34 33 32	GAUCHE	21 22 23 24 25 26 27 38 37 36 35 34 33 32
D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme 3048

DECLARATION N° P 14 / 0017465

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

Cachet
MUPRAS

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

P 14 / 0017465

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

3048

Signature de
l'adherent

Nom & Prénom

LEBBA R Amin

Fonction

CDR

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

LEBBA R Amin

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 26.7.19

Date 1ère visite 26.7.19

Nature de la maladie

Curgard chik

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

26 JUIL. 2019

02

2 groupes

PHARMACIE

Date 26.7.19

Montant de la facture

213,80

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de California, 2»
Bd. de Fes Imm 1 California
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

Docteur Youssef BELAHMER
OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف باحمر
طب العيون

Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux
CATARACTE : Chirurgie par PHACOEMULSIFICATION
MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER
LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINIENNE

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2^e Etage
Casablanca - Tél : 0522.58.30.73 / 0700.756.754 - Urgences : 0661.32.90.66
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le : 28 JUL 2019 الدار البيضاء في :

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالفاكوا، الأشعة الفوق الصوتية،
جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر إكسيمير واللازيك،
طب العين، عدسة الاتصال، الليزر، راديو الشبكة

اقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدى معروف - أولاد حدو - الطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف : 0700.756.754 / 0522.58.30.73 - الحالات المستعجلة : 0661.32.90.66
البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSSEF BELAHMER
Rés "Les Jardins de California"
Ba de Fes Imrn 1 California 2,
Casa. Tel: 05.22.21.98.94



Dr. YOUSSEF BELAHMER
Ophtalmologiste
Casablanca - Maroc
Tél: 0522.58.30.73
Fax: 0522.58.30.74
Email: dr.belahmer@gmail.com

L'Assurance Auline

Miganut 6500

A cul but 38,90

Allergo com 57,90

DRW Assur 52,00
1x41,1
213,80

