

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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° W19-452190

Ampl

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7807 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEUCHERIFA RACHID

Date de naissance : 08 JUILLET 1968

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA N°65 VILLE VERTE
BOUSKOURA CASABLANCA

Tél. : 0661328377 Total des cotisations : 23000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Document Clinique de Casablanca*
I. ZAIM
Ophthalmologiste
Casablanca
Tel : 0522 25 71 71/25 11 11

Date de consultation : 09.09.2018

Nom et prénom du malade : BEUCHERIFA Rachid Age : 50 ans

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

Nature de la maladie : Affection de la vue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 6107 10091

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) : _____

091140186

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
09.05.15				

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 Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/05/15					

L'Opticien
Meryem BENJELLOUN
 Opticienne Optométriste
 Ben Omar Center
 69, Rue Abdou Nafi Maatani
 Casablanca - Tel: 0522 23 26 22

1 machine + 2 verres
 de correction 2300,00

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'O.D.F.

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 H 25633412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35033411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدرا البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



61378

Casablanca le 09 septembre 2019

BEN CHERIFA Mariam

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Transition

OD = - 1.25 (- 1.25 à 70°)

OG = - 1.25 (- 1.00 à 30°)

L'opticien
Meryem BENJELLOUN
Opticienne Optométriste
Ben Omar Center
3 Rue Abou Abdellah Nafi Maârif
Casablanca - Tél. 0522 23 26 22

Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologiste

Urgence 24/24

L'OPTICIEN

Meryem benjelloun

BENOMAR CENTER

TEL : 0522 23 26 22

GSM : 0661 26 98 01

Lopticien 2@gmail.com

Identification Fiscale :40730032

N°CNSS :6972568

ICE :000832703000067

CODE INPE 095000535



095000535

L'OPTICIEN CODE INPE

Mlle BENCHERIFA MARIAM

CASA LE 16/09/2019

DR : J.ZAIM

FACTURE333

Intitulé	Quantité	Prix
MONTURE OPTIQUE VL VERRES ORGANIQUES ANTIREFLETS	1	1000
OD : -1.25(-1.25 70°)	1	650
OG : -1.25(-1.00 30°)	1	650
TOTAL HT :		1916.67
TOTALTTC :		2300.00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS .

L'opticien
Meryem BENJELLOUN
Opticien Optométriste
Ben Omar Center
69, Rue Abou Abdellah Nafi Maarif
Casablanca - Tél: 0522 23 26 22