

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 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 Al-Jalil Ben Abdellah - 1^{er} étage - 81 rue Mohammed V, 1^{er} et 2^{ème} étages - 81 rue Abdellah - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W19-496618

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12935 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHIKI ANASS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 34 57 17 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des |
|--------------------------------------|---|---------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Montant des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 | | | Montant des soins |
| | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis |
| | | | | Fin de |

| | | |
|--|----------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : | Mle |
| DECLARATION N° | W18-401779 | |
| 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 | | |



W18-401779

DATE DE DEPOT

...../...../201...

| | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 12935 |
| Nom & Prénom <u>CHIKI Amass</u> | | |
| Fonction : <u>Manager RH</u> | Phones <u>0661 345717</u> | |
| Mail <u>achiki@royalairmaroc.com</u> | | |
| MEDECIN | Prénom du patient <u>CHIKI Amass</u> | |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age | Date <u>26.10.19</u> |
| Nature de la maladie | Date 1ère visite | |
| <u>Hypertension</u> | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| <u>G</u> | | <u>2500 DH</u> |
| PHARMACIE | | |
| Date | | |
| Montant de la facture | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | |
| Date : | | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | |
| Date : <u>19/11/19</u> | | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires |
| AM | PC | IM |
| IV | | |
| <u>monture + verres</u> | | <u>6000,00 DH</u> |

OPHTALMOLOGISTE
Bd d'Anfa, 1e Etage N° 31
CASABLANCA
22 22 18

OPTIQUE EL FATH
Bd Mohammed VI, 2150 (J)
N° 31
Tel : 06 61 977 982

Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste

Diplôme Universitaire de Chirurgie
de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)
Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie
Rétiniennes (Paris 7)



الدكتور نصر التازي

طب وجراحة العيون

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين
وقصر النظر (بيزانسون)
دبلوم جامعي في تصوير وأمراض
شبكية العين (باريس 7)

Casablanca, le samedi 26 octobre 2019

Monsieur Anass CHIKI

Verres et monture :

Progressifs

Œil droit : (27° -2.00) +2.25, Addition +2.50

Œil gauche : (149° -2.00) +2.25, Addition +2.50

OPTIQUE EL FATH
Bd Mohamed VI
N° 83
Tél : 06 61 977 982

OPHTALMOLOGISTE
96, Bd d'Anfa 3e Etage N° 3
CASABLANCA



Bd. Moudibokeïta, Bloc «j» N° 83

Casa - GSM : 0661 97 79 82

Patente : 36616616

شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83

الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82

الباتنت : 36616616

FACTURE N° 011541

Casablanca, le : 19/11/19

M: chiki Anan

N° de Nomenclature :

Docteur : Nacef Tazi

Monture: optique 1000,00 1

Verres: progressif anti-reflet 5000,00 1

VL:

OD: (-2,27) + 2,25

OG: (-2,14,9) + 2,25

VP: ADD:

OD: + 2,5

OG: + 2,5

 IMP: 001819152
 IF: 40178251
 RC: 377480
 ICE: 0008056000089

Total : 6000,00 3

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

 OPTIQUE EL FATH
 EL Boudinbouk Bloc (J)
 Casa - GSM : 0661 97 79 82
 Tel : 06 61 97 79 82