

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° W19-454776

DOS
M104.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4503

Société : RAD

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL KABIRI Mohamed

Date de naissance : 03/11/60

Adresse : RES EL ROUSTANE, SECT 16 HAY EL

RABAT

Tél. : 066173434

Total des frais engagés : 1300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2019

Nom et prénom du malade : NASSI LAMEN LAAJ SAA

Age : 32

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Rabat

Le : 25/11/19

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
26/04/99		5	309,00	INP : 101177211

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
26/04/99	05	1000	

AUXILIAIRES MEDICAUX

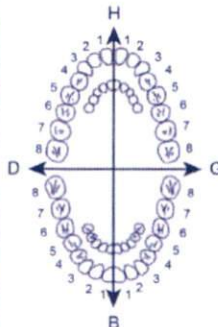
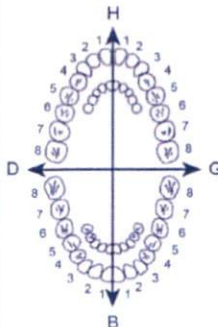
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Dr. Hicham BENSOUDA

Chirurgien Ophtalmologue



الدكتور هشام بنسودة
إختصاصي في طب و جراحة العيون

- Lauréat de la faculté de médecine de Rabat
- Membre de la Société Européenne de la chirurgie de la cataracte et de la chirurgie réfractive
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Diplômé en Phaco-émulsification et chirurgie réfractive - Bordeaux
- Diplômé en OCT - Paris
- Diplômé en Maladies de la surface Oculaire - Brest

- خريج كلية الطب بالرباط
- عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المياه البيضاء
- و تقويم البصر
- عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون
- جراحة المياه البيضاء بالموجات ما فوق الصوتية
- و جراحة تقويم البصر
- تشخيص و علاج أمراض الشبكية

28/11/2019

Mme Nens lehen Hormae

- OCT : *1000,00 د.
*21000 درهم .

- Emulsion : *300,00 د.
*12000 درهم

Docteur Hicham BENSOUDA
Chirurgien Ophtalmologue
19, rue Oukaimden, Appt. 3
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 22 33

19, زقة أوكيمدن، الشقة 3 - أكدال - الرباط

19, rue Oukaimden, Appartement 3 - Agdal - Rabat

INPE : 101177251 - Patente : 25772681 - Tél : 05 37 67 22 33

COMPTE RENDU
TOMOGRAPHIE A COHERENCE OPTIQUE MACULAIRE

PATIENT : Mme NASSLAHSEN Hasnaa ; 32 ans

OPERATEUR : DR BENSOUDA HICHAM

CLINIQUE : Baisse visuelle de l'œil droit inaméliorable

-Œil droit & gauche :

- Absence d'anomalie de l'interface vitréo-maculaire, entonnoir fovéolaire conservé
- Absence d'épaississement maculaire, DSR et/ou de DEP
- Hyper réflectivité normale du complexe membrane de Bruch-Epithelium pigmentaire

➤ OCT NORMALE

Docteur Hicham BENSOUDA
Chirurgien Ophtalmologiste
19, Rue G. Lelonde, Appt. 3
Rabat - Maroc
Tél : 06 44 44 38 70