

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

- 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° W19-488245

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6417 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NOUSLIM OT HMANE

Date de naissance : 22/10/1963

Adresse : Rabat

Tél. : 0661461838

Total des frais engagés : #2250,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BAKRIM Mohamed
OPHTALMOLOGUE
Maladies et Chirurgie des Yeux
Place Chahdia, 23 Bd. Oud Dabura
Guifa CASABLANCA

Date de consultation : 15 NOV. 2019

Nom et prénom du malade : NOUSLIM OT HMANE Age : 56ans

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

Nature de la maladie : Vice de la fonction

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 : Casablanca Le : 22/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-488245

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6417

Nom de l'adhérent(e) : NOUSLIM

Total des frais engagés : 2250,00

Date de dépôt : 21/11/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
15 NOV. 2019	S		Z.S.O.D.H.	INP : 058777736
				Dr. BAKRIM Mohamed OPHTHALMOLOGUE
				Membre de l'Association des Médecins de la Région de Ouagadougou

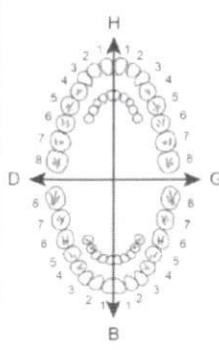
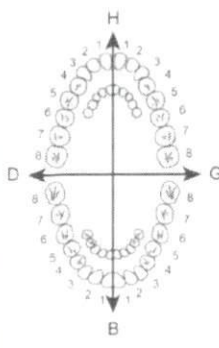
[illegible][illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>													
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>													
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>													
					FIN D'EXECUTION	<div></div>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	{Création, remont, adjonction} Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.			MONTANTS DES SOINS	<div></div>														
				DATE DU DEVIS	<div></div>														
			DATE DE L'EXECUTION	<div></div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed BAKRIM

* Spécialiste en Chirurgie et Maladies des Yeux

* Traitement par laser

* Chirurgie par phaco-émulsification, Strabisme

* Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

* Membre de l'American Academy of ophtalmology



الدكتور محمد باكريم

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة قصر البصر : العلاج بالليزر

الجلالة بدون تخدير ، حوال البصر

عضو فعلي في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

عضو في الأكاديمية لأمراض العيون

Casablanca, le 15 NOV. 2019 الدار البيضاء في

MOUSLIM OTHMANE

VL OD = plan

OG = (95° - 0,150) + 4,00 di

STAR, organiques, progressif.

VP add ODG + 3,00 di

MARZOUK OPTIQUE
Achouak MARZOUK
Opticienne Ophtométristes
N° 40 Rue 6 H. Ben 5 Oulfa
Casablanca - Tel. : 05 22 90 00 42

Dr. BAKRIM Mohamed
OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Place Chahdia, 323 Bd. Oued Daoura
Oulfa - CASABLANCA

Tel. 05 22 91 42 65

ساحة الشهيدة، 323 شارع واد الدورة الألفة - الدار البيضاء - العيادة : 05 22 91 42 65

Place Chahdia, 323 Bd Oued daoura - Oulfa - Casablanca - Cabinet : 05 22 91 42 65

MARZOUK OPTIQUE

N40 Rue 6, Haj Fatah – Casablanca
Tel : 05 22 90 00 42



DATE : 22/11/2019

FACTURE 278

CLIENT : MOUSLIM OTHMANE

N de nomenclature correspondante a la prescription

OD : 431

OG : 431

DESIGNATION		PRIX TTC
Verre 1D	progressif organique 1,6 antireflet bourgeois	750,00
Verre 1G	progressif organique 1,6 antireflet bourgeois	750,00
Monture 1	optique	500,00
Verre 2D		
Verre 2G		
Monture 2		

TOTAL TTC 2000,00
TOTAL HT 1666,67
TVA 333,33

MARZOUK OPTIQUE
Achouak MARZOUK
Opticienne Optométriste
N° 40 Rue 6 Haj Fatah 5 Oulfa
Casablanca - Tel : 05 22 90 00 42

Arrêtée la présente facture a la somme de deux mille dirhams