

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

- Reclamation : 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° W19-444967

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09839 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHATAR NOUR

Date de naissance : 12 / 01 / 2005

Adresse :

Tél. : 06 61 05 2139 Total des frais engagés : 2300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE M.M
Chirurgien Ophtalmo
Av. des F.A.R - Casablanca
Tél : 05 22 20 10 15 - 05 22 22 15 41

Date de consultation : 23 / 11 / 19

Nom et prénom du malade : KHATAR NOUR Age : 14

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

Nature de la maladie : 05 DEC. 2019 Amalysie

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 : CASA Le : 06 / 12 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22/11/19 | A | | 200,00 | INP: 91102370r Dr. BENKIRANE M.M Chirurgien Ophthlmo 1, Av. des F.A.R - Casablanca Tel: 05 22 20 10 15 - 05 22 22 15 41 |

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 Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| 184, Rue des Angliss Casablanca | 27/11/19 | | | | | 210,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|--|--|---|-------------------------|--------------------|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|-------------------------|--|
| | | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. M. BENKIRANE

Diplômé de la Faculté de
Montpellier
Maladies et Chirurgie des Yeux
Membre de la Société Française
d'Ophtalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C. : 05 22 22 15 41
C. : 05 22 20 10 15 }



الدكتور بن كيران

خريج كلية الطب بمونبولي
أمراض وجراحة العيون
عضو للجمعية
الفرنسية لأمراض العيون
شارع الجيش الملكي الدار البيضاء
هاتف: عيادة: { 05 22 22 15 41
05 22 20 10 15 }

Casablanca, le : 23 11 19

m' KHATAR NOUR

SL

051 - 0,50
061 - 0,80

LUNETTE ISLAM
184, Rue des Anglès
Casablanca

+ moulins
Vano autoph

Dr. BENKIRANE M.M
Chirurgien Ophtalmo
1, Av. des F.A.R - Casablanca
Tél: 05 22 20 10 15 - 05 22 22 15 41



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0000481

Casablanca, le

27/11/19

M

KHATAR NOUR

Doit

| Nature des Verres | Vision de loin | Vision de Prés | Doubles foyers | Varilux |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| OD <u>2.00</u> OG <u>2.00</u> | OD <u>4.00</u> OG <u>4.00</u> | OD <u>0.00</u> OG <u>0.00</u> | OD <u>0.00</u> OG <u>0.00</u> | OD <u>0.00</u> OG <u>0.00</u> |
| Monture | Métal | Plastique | | |
| V.L. : - OD <u>-0.50</u> - OG <u>-0.50</u> | | | | <u>200,00</u> <u>500,00</u> <u>500,00</u> |
| V.P. : - OD <u>0.00</u> - OG <u>0.00</u> | | | | |
| ADD. / | | | | |
| TOTAL | | | | <u>2100,00</u> |

Arrêtée la presente facture à la somme de

Deux Mille

cent only