

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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° P19- 0043943

N.D.: 23080

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2884 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISS KAITOUNI

Date de naissance :

Adresse : 8, RUE TERMI DI MAARIF

Tél. : 06 64 00 30 12 Total des frais engagés : 11500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél. : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 59 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

Date de consultation : 19/02/2020

Nom et prénom du malade : M. DRISS KAITOUNI Age: 20 ans

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

Nature de la maladie : Implantation procr. Stallm. IPCL en

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 : 19/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :





12/02/2020

FACTURE N°58/2020

Nom et Prénom : **DRISSI KAITOUNI ZOUBIDA**
Date d'intervention : **12/02/2020**
Médecin traitant : **Dr CHAHBI**

- Forfait ICL OD	5500.00 Dhs
- Implant préristallinien Spheric	6000.00 Dhs
<hr/>	
TOTAL	11500.00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :
ONZE MILLE CINQ CENT DIRHAMS.

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique Californie,
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21

PAYE EN ESPECE

12/02/2020

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et Prénom : **DRISSI KAITOUNI ZOUBIDA**
Date d'intervention : **12/02/2020**
Chirurgien : **DR CHAHBI**
Intervention : **Trans Epitheliale (Schwind Amaris 1050RS)**
Œil : **DROIT**
Clinique : **DE L'ŒIL**

- Prémédication
- Badigeonage à la Bétadine
- Mise en place d'un champs stérile à usage unique
- Instillation de Novésine (anesthésie)
- Blepharostat
- Traitement au laser
- Rinçage au BSS
- Instillation de Maxidrol
- Pose de lentille thérapeutique (Pansement)
- Ablation du blepharostat
- Pas de pansement

Dr. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, Boulevard panoramique californie,
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60/00 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21