

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.

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 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

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

m^o = 24388

Déclaration de Maladie : N° P19-0002160

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *493* Société : *MUPRAS - RAM*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *veuve*

Nom & Prénom : *HAS HANOU Noham* Date de naissance : *12-5-35*

Adresse : *Villa Alpin, R. Chabab, 20170, CASABLANCA*

Tél. : *2536 15 59* Total des frais engagés : _____

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *16 / 12 / 2019*

Nom et prénom du malade : *HAS HANOU Jacqueline* Age : *83*

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

Nature de la maladie : *Affection ophtalmologique*

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
16.12.19	CS + V	1	330	<p>Docteur Maryem LAAMRANI</p> <p>OPHTALMOLOGISTE</p> <p>8 Bd El Massira El Khadra - Casablanca</p> <p>Tél : 05 22 94 29 45 et 05 22 94 29 47</p>
27.01.20	CS	1	102,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE</p> <p>PARANFA AIN DIAB SARL AU</p> <p>Dr BENNANI Leila</p> <p>Tél : 05 22 39 34 01</p>	16/12/19	102,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

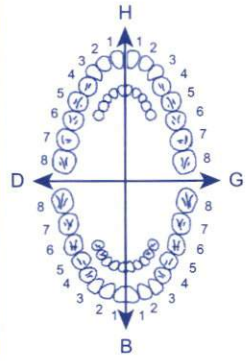
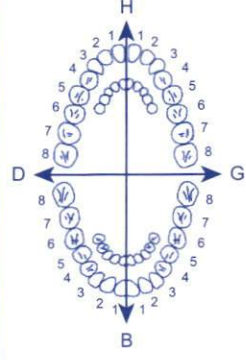
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>Dr Maryem LAAMRANI</p> <p>OPHTALMOLOGISTE</p> <p>8 Bd El Massira El Khadra - Casablanca</p> <p>Tél : 05 22 94 29 45 et 05 22 94 29 47</p>	05/03/20					102,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة مريم العمراني
متخصصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريز
Docteur Maryem LAMRANI

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris
Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris*

Casablanca, le 27 janvier 2020

HAI HAMOU Jacqueline

CHAMP VISUEL AUTOMATISE ODG

Motif: tonus oculaire limite

Acuité visuelle : OD 8/10f-2.25(100° -1.25) P2add+3.00

OG 8/10f-6.00(85° -1.75) P2add+3.00

Avec mes remerciements.

Ibtissam ZOUIGAY
53 Bd. d'Anfa
Tél : 48.61.98
ORTHOPHTHISTE
CASA

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

Ibtissam ZOUGARI-LAGHRARI

ORTHOPTISTE

53.Bd D'ANFA
Casablanca

05.22.48.61.99

patente 31111521
ICE 000427780000021

05/03/20

FACTURE N° 184/20

Patiente: HAJ HAMOU Jacqueline

Veillez trouver ci-dessous le montant relatif au:

CHAMP VISUEL ODG : 600.00 dhs (six cent)

Bien à vous
Ibtissam ZOUGARI-LAGHRARI
ORTHOPTISTE
53 Bd d'Anfa
Tél : 48.61.99
CASA