

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

W19-493142

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7375

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

WAHBI MOHAMED

Date de naissance :

01/03/1967

Adresse :

Habituelle

Tél. :

0663 111743

Total des frais engagés :

300,90,7 / 1200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed Adib Choukaïli
OPHTALMOLOGISTE
336, Bd. Commandant Driss El Harti
Cité DJEMAA - Casablanca
Tél: 05 22 31 73 08

Date de consultation :

03/03/2020

Nom et prénom du malade :

WAHBI - Houda

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Myopie de refraction

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 :

11/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W19-493142

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 :

7375

Nom de l'adhérent(e) :

WAHBI

Total des frais engagés :

300,90,7 / 1200,00

Date de dépôt :

11/03/2020

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
03/03/2020	C.E.H.	300	300	INP : 091046164

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/20	90,70
	10/03/20	1200,00

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	

VOLET ADHERENT

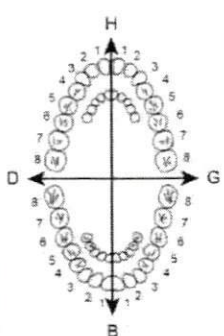
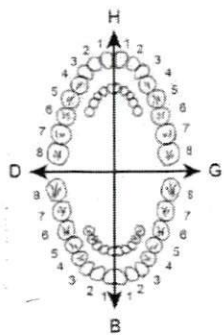
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	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"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed Adib Choukaïli

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Ex ophtalmologiste des hôpitaux de spécialité
de Casablanca.

CHU Averroès Hôpital 20 Août 53,

Hôpital Moulay Youssef (Soufi).

Hôpital Sidi Othmane.

Hôpital Bouafi (My Hassan).

Membre de la société française

d'ophtalmologie (Paris).

Microchirurgie de la cataracte (Phaco-émulsification)

-strabisme-rétine-chirurgie de la myopie-

angiographie- laser-échographie- lentilles de
contact.



خير محلف
لدى المحاكم

Casablanca, le : 03/03/2022

m^{lle} WAUBI Houda

Lettre pour vision de loi (ver Atruffa)

052 - 3,75 (-15 20)

062 - 3,75 (-15 170)

00,70 / ophtalmol 6g

Dr. Adib Choukaïli



Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
°PV : 90,70 DHS

407252

بندية الامان الحارثي
Dr. Houda Aman
Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12
Hav Osra II - Ain Chock

نظارات الهداية
OPTIQUE EL HADAYA
جنينة 3 رتبة 16
05 40 05 35 33
الهاتف

Dr. Mohammed Adib Choukaïli
OPHTALMOLOGISTE
236, Bd. Comandant Driss El Harti
Cité DJEMAA - Casablanca
tel : 05 22 37 68 68

3, شارع الكوماندان ادريس الحارثي قرية الجماعة الطابق الثاني البيضاء : 05 22 37 68 68
336, Bd. Comandant Driss El Harti Cité DJEMAA Casablanca - 0522 37 68 68

OPTIC AL HIDAYA

نظارات الهداية

Facture

N° 000915



Date: 10/03/2020

Nom : WAHBI HONDA

Ordonnance de Mr le Docteur: Aïb CHEUKAILI

Mode de Paiment :

Chèque ☐

Espèce ☒

Quantité	Désignation	Prix.U	Prix Total
01	Monture modèle optique	400,00	400,00
02	Verres supérieure Anti blend.	400,00	800,00
	00,3 N (-1,00 D)		
	00,3 N (-1,00 D)		
<p>نظارات الهداية OPTIC AL HIDAYA بناية 3 Rue 16 N°8 - Casablanca الهاتف: 05 40 05 35 33</p>			
		Total : 1200,00	

Arrêtée la présente Facture à la somme de : mille deux cents dh

Jamila 3 Rue 16 N°8 C.D. - Casablanca - Tél : 0522 59 49 20

E-mail : optique.alhidaya@gmail.com