

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'Horige Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7598	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ANBARI Fatima			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 2441	Total des frais engagés : 1406,10 MAD		

Cadre réservé au Médecin	
 	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation <u>23/07/2023</u>	
Nom et prénom du malade : <u>ANBOARI Fatma</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Glaucome</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pconfidential 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. *[Signature]*

Fait à : EL MANSOURA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/08/2020

RELEVE 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
23/07/2023	CS		GT	INP : 2103919 CHAHBI Opticien Opticien honoraires 33, rue de la République 92160 Levallois-Perret Téléphone : 01 46 22 22 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES ENFANTS Dr. BAILUDA Nacida 34, Rue Ibnou Jelm - Bourgogne Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca	23/07/20	11.06,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 : <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

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
25533411 21433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

ORDONNANCE

Casablanca le 23/07/2020

164,20 x 3

- Cosopt

(colly)

MC AN DOARI



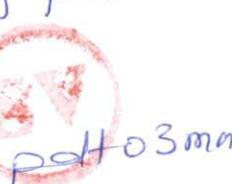
Fatims

LOT S029887 1
EXP 06/2021
PPV 164.20 DH

167,50 x 3

- Alphagan (colly)

1foult x 2/j



pdt 03mn

LOT S029887 1
EXP 06/2021
PPV 164.20 DH

LOT S029887 1
EXP 01/2021
PPV 164.20 DH

157,00 x 3

- Xalatan

(colly)

1foult le m



pdt 03mn

PPV: 147DH50
B
Brimonidine

PPV: 147DH50
Collyre en solution

E. E. E.
PPV: 147DH50

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21,rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21,rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21,rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

544, Boulevard Panoramique, California, Casablanca, Maroc
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20

info@clinic-oeil.com
www.clinic-oeil.com

1406 ENFANTS
PHARMACIE DES ENFANTS

Dr. BOUJDA Nadia
34, Rue Ibnou Jelhir - Bourgogne
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

DR CHAHBI Mohammed
Ophthalmologiste, California,
544, boulevard Panoramique, California,
casablanca, Maroc
Tel.: 05 22 29 46 18 / 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 29 46 10 - 05 22 46 21