

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

Déclaration de Maladie

N° P19-0037024

ND: 35824

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3273 Société : /

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BAOD HAFID

Date de naissance : 1950

Adresse : Lot n° 4 HAJ FATAH EL GHASBA - CMR

Tél. : 0661826830 Total des frais engagés : 1770,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/1 MARS 2020

Nom et prénom du malade : BAYANI SAMIYA Age :

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

Nature de la maladie : Convention optique

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1 MARS 2020 | C | | 200,00 | |
| | 2 | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| Pharmacie LOTFI Dr. Younes LOTFI 2 Angle Rue Tammam et Isshak Hammou Sidi Bouqui - El Jadida Tél: 05 23 34 48 38 | 11/3/2020 | 68,00 DH |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

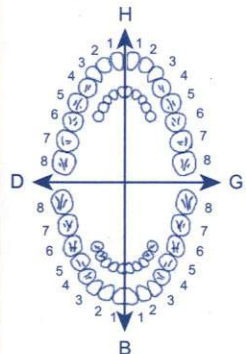
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| OPTIQUE ALORA OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGISTE Quartier Bir Anzarane Bloc El Jadida Tel: 05 23 37 20 24 | 11/3/2020 | | | | | 1500,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | | | |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | | |

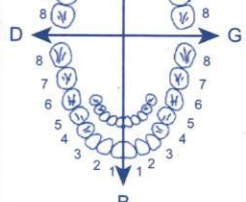
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|---|
| | H | |
| 25533412 | 21433552 | |
| 00000000 | 00000000 | |
| D | | G |
| 00000000 | 00000000 | |
| 35533411 | 11433553 | |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------|---------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | 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 BOUSSIF Mohammed Ali

OPHTALMOLOGISTE

DIPLOME DE LA FACULTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE RABAT
ET DE L'HOPITAL DES SPECIALISTES
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
IBN SINA RABAT

MALADIES & CHIRURGIE OCULAIRES
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'OPHTALMOLOGIE



الدكتور محمد علي بوسيف

إختصاصي في طب وجراحة العيون
خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
ومستشفى الاختصاصات بالمركز
الإستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

طب وجراحة العيون
عضو الأكاديمية الفرنسية لطب
وجراحة العيون

الجديدة، في : 11 MARS 2020 El Jadida, le :

■ M :

BAYATI ELAIDIYA

■ VISION DE LOIN :



O.D. =

O.G. =

■ VISION DE PRES :

Add =

■ V. Progressifs

Deux Paires

OPTIQUE ALORAT
CONTACTOLOGISTE
436, Quartier El Anzamar - Bloc El Jadida
Tél: 05 23 37 20 24

68100
Dichroic Colg.



الدكتور محمد علي بوسيف
Docteur BOUSSIF Mohamed Ali
OPHTALMOLOGISTE
طب وجراحة العيون

شارع محمد الخامس - إقامة راضية الرقم 12 الطابق الثاني - الجديدة - الهاتف : 06 90 46 70 26
Avenue Mohamed V - Résidence RADIA N° 12 - 2ème Etage - El Jadida - Tél. : 06 90 46 70 26



FACTURE N° 0000249/19 El Jadida, le : 11/03/2020

M : BAYAMI ESSAADIYA

Sur Ordonnance du Dr : Ned Ali Benif

| | |
|--|--|
| Nom de la nomenclature Correspondante à la Prescription | V. L. { O. D. : (R -2.00) -1.75 O. G. : (R -1.50) -1.50 |
| O. F. { O. D. : — O. G. : — | V. P. { O. D. : +2.50 O. G. : — |
| Fournitures | Prix |
| 1 Montures : optif | 6000 |
| 2 Verres : hysol blue | 300 |
| OPTIQUE FALORA OPTICIENNE OPTOMETRISTE CONTACTOLOGISTE 436 Quartier Bir Anzarane Bloc El Jadida Tél: 05 23 37 20 24 | 1500,- |

Arrêtée la présente Facture à la somme de : mille cinq cent dix —

T.V.A 19% Incluse