

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'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° W19-459682

N° D: 44 231

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7809 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN MOUSSA YASSIR

Date de naissance : 9/8/69

Adresse : 19 Rue Jules Gues OASIS

Tél. : 0661 210466 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Charid BAKKAL
OPHTA. MOLOGISTE
32 Rue Taha el-Mine El Ghalib
Gautier - Casablanca 20.000
Tel: 0522 20 00 20 / 0522 47 13 74

Date de consultation : 22-07-2020

Nom et prénom du malade : BEN MOUSSA YASSIR Age : 15

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

Nature de la maladie : Oculaire

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 : Le : 16/07/2020

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
22.27 2525	CS		250,00	INP: 681601174779 Docteur Chakib BAKK OPHTALMOLOGISTE 20 Rue 1ère Houder - Ex. 64 - Téléphone 21 6

INF: 681 No 117474
Jock: Chakir Bakkal:
OF: TALMOLOGISTE
32, Rue 11me Houcine - E. Gallej
Gaithier - Casablanca 21 000
0522 499 20 / 0522 37 12 76

[illegible][illegible]

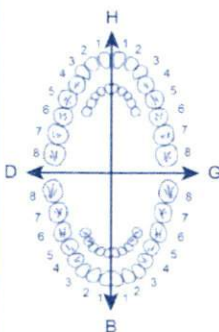
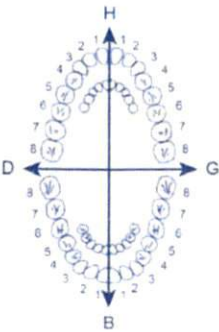
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22/07/2020					3300 M

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	DNP : <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 <div style="text-align: center;"> H <table border="0"> <tr> <td>05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D ————— G <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B </div>			05533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	05533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Chakib BAKKALI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

32, Rue Taha Houcine (Ex. Galilée) - Gauthier
20 060 Casablanca

Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

Casablanca, le **22 Juillet 2020** في الدار البيضاء،

Mlle BENMOUSSA Inass

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 1.50 (- 1.00 à 180°)

OG = - 5.75 (- 1.50 à 180°)

OPTIC
15 bis Rue Taha Houcine
Tél: 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Docteur Chakib BAKKALI
OPHTALMOLOGISTE
32, Rue Taha Houcine (Ex. Galilée)
Gauthier - Casablanca 21.000
Tél: 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

الدكتور شكيب بقالى

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

عضو في الجامعة الفرنسية لأمراض العيون

32. زقة طه حسين (كليلي سابقا) - غوتي

20060 الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

الفاكس: 05 22 47 13 75

Melle BENMOUSSA INESS

NOUR INESS

Casablanca, 23/07/2020

FACTURE n° 2020/07/24

Désignation	Qté	PU TTC	TOTAL TTC
Monture :	1	1500.00	1500.00
Verres : organiques fort indice 1.67 amincis antireflets OD : -1.50 (-1.00)180 OG : -5.75 (-1.50)180	2	900.00	1800.00
		Montant TVA (20%)	550.00DH
		TOTAL TTC	3300.00DH

15 bis, rue Abou Salt Andaloussi, Maarif. Tel : 05.22.25.55.55 – 06.61.32.68.23
RC : 26754 – IF : 26190014 – ICE : 002112932000028 – INPE : 095021853
Mail : opticia.maarif@gmail.com