

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 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° W19-558549

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7847

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

ELMEGDER MOHAMMED

Date de naissance :

12-06-1969

Adresse :

LOT ALOROUBA RUE 16 N°9 ANCHOK

Tél :

0673748983

Total des frais engagés :

3300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OARFA Driss
OPHTALMOLOGISTE
295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA
Tél: 0522 56 21 77
INPE: 091167363-ICE: 00167789000055

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ELMEGDER MOHAMMED

Age :

51 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-558549

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 :

7847

Nom de l'adhérent(e) :

ELMEGDER

Total des frais engagés :

3300,00 Dhs

Date de dépôt :

05 NOV 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		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 :

Veillez 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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[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

Dr. QARFA Driss



الدكتور القرفة إدريس

OPHTALMOLOGISTE

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.

VOIES LARYMALES.LASER.ANGIOGRAPHIE

أنجيوغرافيا - الليزر

Bausilha Optique
810, Bd. Driss El Harti - 1^{er} Étage - Casablanca
Tél: 05 22 56 21 77 / 05 22 56 21 77

Casablanca, le

14/10/2020

الدار البيضاء, في

RECEVEUR

[Handwritten signature]

nod = +920 (+95/775

Ues = +920 15

Ues = +20

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochaine contrôl dans :

Dr. QARFA Driss
OPHTALMOLOGISTE
295, Bd. Driss El Harti - 1^{er} Étage - Casablanca
Tél: 05 22 56 21 77
N°PE: 09167333-ICE: 00167778900056

Dr. QARFA Driss



الدكتور القرفة إدريس

OPHTALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

CATARACTE. GLAUCOME. STRABISME.

VOIES LARYMALES. LASER. ANGIOGRAPHIE

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع

أنجيوجرافيا - الليزر

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

24/10/2020
B³ SE 7662ER MB

Laurent Bakji
Mux45

Dr. QARFA Driss
OPHTALMOLOGISTE
295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA
Tél: 05 22 56 21 77
INPE: 09167353402-0016778900845

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochaine contrôle dans :

295, شارع إدريس الحارثي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 56 21 77

295, Bd Driss El Harti - 1^{er} étage - Casablanca - 05 22 56 21 77



FACTURE

230

CLIENT(E) : EL MEGDER MED

DATE :02/11/2020

PRODUITS					QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE					1	500	500
VERRE ORGANIQUE					2	1250	2500
PROGRESSIF AR							
	S	C	A	AD			
OD	+0.25	+0.50	170	+2.00			
OG	PL	+0.75	15	+2.00			
-----					-----	TOTAL TTC	3000

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DHS TTC

Bousfiha Optique
 810, Bd. 2 Mars - Inara 1 - Ain Chock - Casa
 Tél.: 05.22.50.69.26 / 05.26.10.27.88