

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



Déclaration de Maladie

M22- 0039973

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre Retraité
 Nom & Prénom : MR. ZEGGANI Mohamed
 Date de naissance : 01.01.1942
 Adresse : 119 Hay Al Wahda - El Alia 20830 Mohammedia (Maroc)
 Tél. : 06 11 03 50 73 Total des frais engagés : 447,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Iliham EL HAKOUR Ophthalmologiste
 Imm D n°5 Central Park Rue ABDELMOUMEN Mohammedia
 Tél: 05.23.30.17.17
 Date de consultation : 17.07.2023
 Nom et prénom du malade : Zeggani Mohamed 01.01.1942
 Lien de parenté : ☒ Père ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non
 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 : Mohammedia Le : 17/7/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
11/12/23	C7		300,00	Dr. Ilham EL HACHOIR Imm D n° 5 Central Park ABDELMOUMEN MOHAMMEDIA Tel: 05 23 30 11 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HASSANI Dr. BERRI Najat Bp. LBOUCHI N° 165, Bd. De la Résistance El Aïna MOHAMMEDIA Tel. : 05 23 28 76 5	17/12/23	147,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																
	<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>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	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 Ilham EL HAKOUR

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie Des Yeux

Ex-attaché à l'hôpital militaire d'instruction

Mohammed V de Rabat

الدكتورة إلهام الهاكور

أخصائية في طب و جراحة العيون

طبيبة سابقة في المستشفى

العسكري الدراسي محمد الخامس بالرباط

المحمدية، فيMohammedia, le.....

17 juillet 2023

FDS 00 39973

Mr ZEGGANI MOHAMED

147.00

THEALOSE: COLLYRE



1 goutte 4fois/ jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois
renouvelable

PHARMACIE EL HASSANI.
Dr. BERRI Najat Ep. LBOUCHI
N° 165, Bd. De la Résistance
El Anass - MOHAMMEDIA
Tél. : 05 23 28 76 66

VR2783C 10MAR/0919
3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SCICHEMA
B.P. N°1, 27182 Bousskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

Dr. Ilham EL HAKOUR
Ophthalmologiste
Imm D n°5 Central Park Rue
ABDELMOUMEN - Mohammedia
Tél: 05 23 30 17 17

يمنع منعاً كلياً، تغير تاريخ الإستشارة الطبية

Il est strictement interdit de changer la date de la consultation

Residence CENTRAL PARK, Imm D n°5 (1^{re} Etage), Rue Abdelmoumen - Mohammedia

رنقة عبد المومن إقامة سوتترال بارك، عمارة D رقم 5 (الطابق الأول). المحمدية

☎ 05 23 30 17 17

✉ dr.elhakour@gmail.com

🕒 06 07 44 48 97

INPE : 091167411