

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W21-789232

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 0903		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : nr Benhaddouch Lahcen			
Date de naissance : 5/01/1943			
Adresse : 22 Rue Dousia N° 5 Albel RABAT			
Tél. : 0537775224		Total des frais engagés : Dhs	
0671701392			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. N. LANDOUAR BELAKHDAR
Ex. Professeur d'Ophtalmologie
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/08/2023

Nom et prénom du malade : Benhaddouch Lahcen

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : cataracte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

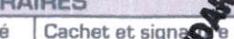
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 12A.BKT

Le : 17/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 Recouvrement des Actes
17.8.93 C3			250 -	INP : <input type="checkbox"/>  Dr. Mouar Bellakdja, Ophtalmologist, Sina - Agdal, Rabat 8 / 05 31 71 32 32

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	DR M A Ex Pro Montante de Facture 13 BIS Avenue Tel : 05 37 77 11 INP : 101079016
PHARMACIE AL WIFAK Dr IBRAHIMI ANIS 3 Av Ibn Sina Agdal - Rabat Tel : 05 37 77 75 55 INPE : 102009453	17/08/23	589 ⁰⁰

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, 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"/>											
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	00000000		35533411 11433553		G	B
		H	21433552											
		D	00000000											
00000000														
35533411 11433553														
G		B												
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. N. LAMDOUAR - BELLAKHDA

Professeur d'Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie numérisée - Laser
O.C.T
Chirurgie réfractive



الدكتورة نعمى المدور بلخضر

أستاذة في طب وجراحة العيون
التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر
تصحيح البصر بالليزر

Rabat, le

17-8-23

Nr Benhaddouch Lahcen

N°LOT:
EXP:
PPV:
221093E
4/2025
52DH90

V.Ker collige

5490

1 gte x 2/j

096

x 1 mo



Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDA

Ex. Professeur d'Ophtalmologie
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tel: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

13 bis, Avenue Ibn Sina (en face de l'Ecole Mohammadia des Ingénieurs)
Agdal - RABAT - Tél : 05 37 77 17 18 - 05 37 77 32 32