

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-828681

19/03/2019



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SACQOUF ANAWAL

Date de naissance :

06/10/1978

Adresse :

Residence nom culture mouloud

Tél. :

0667169569 Total des frais engagés : 1900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

PIKHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophtalmologue
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
INPE 091266718

Cachet du médecin :

Date de consultation :

21/11/2019

Nom et prénom du malade :

SACQOUF ANAWAL

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Hypertension 1787 NICKEL

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° AA-215/2019

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX															
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
					FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		B	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000 00000000																				
B	G																			
35533411	11433553																			
					MONTANTS DES SOINS															
					DATE DU DEVIS															
					DATE DE L'EXECUTION															



ORDONNANCE

Bouskoura

231121150749S.

21 novembre 2023

Mme SAQOUT NAWAL

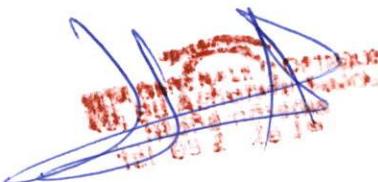
Monture pour vision de près + verres correcteurs Organiques
Antireflets

Vision de près :

OD = + 1.75

OG = + 1.75 (- 0.25 à 103°)

Pr KHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophtalmologue
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
INPE:091266718





SETAGENERAL D'OPTIQUE

by *Halem*

OPTIQUE - OPTOMÉTRIE - LENTILLE DE CONTACT

Facture N° :

N° 000364



Mohammedia le: 12/11/84

Mme/Mr: SACCOMI NAHAL

Dr: ISHAMATY Hédi

VL

VP -Add

OD :

OD : +175

OG :

OG : +175 (-02 à 103)

Monture

MÉTAL CRYSTALINE

600.00 DH

Verres

CRISTALINE ANF

1000.00 DH

Total à payer : 1600.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : *Mille**Six cents dirhams*

Cachet et signature



40, boulevard Achorafa, Saada, El Alia, Mohammedia - Tél: 0600474525

Patente N°: 3653246 - RC N°: 18891 - IF N°: 20699296 - ICE N°: 001587406000070



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

Date : 21/11/2013
N° : 0065100

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission :

2100277090

Montant :

3000 Dh

Patient :

SAAQOUT A. ABDAL



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 Ⓛ : www.hm6.ma

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300277090

F A C T U R E

N° 51 715 / 2023 du 21/11/2023

Nom patient : SAQOUT NAWAL

Entrée 21/11/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation d'ophtalmologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

