

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

N° W19-552307

48573



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2127

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN JAKIK TAYEB

Date de naissance :

EN 1939

Adresse :

CENTRE DE TELECOMMUNICATION HAY

EL BAHJA MARRAKECH

Tél. : 0662085524 Total des frais engagés : 1963,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Spécialiste ophtalmologie

Business Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim
El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage N° 11 Marrakech
Tel. (+212) 0808536471

Date de consultation :

16/11/2020

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

24 NOV. 2020

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

ACCUEIL

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 Paiement des Actes
16/11/20	C.		200 DT	INP : ODF 21433552 Ophtalmology Laser Lab Pr. BAHÀ ALITARIK Spécialiste ophtalmologie El Khattabat et Gueliz, 2e étage N° 11, Marrakech Tél : (+212) 0808536471

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al-Houda Dr. Eni Al-Houda Targa 3000, Marrakech - Tel: 05 24 34 33 66	16/11/20	1663.90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

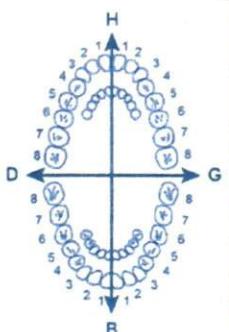
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Début d'exécution [REDACTED]
				Fin d'exécution [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux [REDACTED]

Montants des soins [REDACTED]

Date du devis [REDACTED]

Date de l'exécution [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ophthalmology Laser Le Guéliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie

لامول®

Xolan

لامول®

Xolam

لامول®

Xolamol

طب العيون

عيادة متخصصة في

الكتاب والمسار

المياه البيضاء الح

الدمعية، النزق، الط

الجراحة الانكسارية

Lot: 1004

Fab: 07

Exp: 07

Lot: 1004

Fab: 07

Exp: 07

Lot: 1004

Fab: 07

Exp: 07

P.P.V: 110 DH

P.P.V: 110 DH

P.P.V: 110 DH 70

Marrakech le :

16 novembre 2020

Mr. BENJAKIK Tayeb

110.70 DH

1/ XOLAMOL (SY)

1 GOUTTE 2 FOIS / JOUR, dans les deux yeux

127.00 DH

2/ XALATAN 0.005 % COLLYRE (SY)

1 goutte le soir à 22 h, dans les deux yeux

لامول®

Xolamol®

Lot: W100050

Fab: 10 19

Exp: 10 21

P.P.V: 110 DH 70

Lot: W100062

Fab: 12 19

Exp: 12 21

P.P.V: 110 DH 70

Traitement pendant : 3 Mois

+ 1663.90

Pharmacie Al Hédiye
Dr. Enam Al Hédiye
El Fekra El Hédiye
Lot. Targa 3000, El Hassanii
Marrakech - Tél: 05 24 34 33 66

Ophthalmology Laser Le Guéliz

Pr BAHA ALI TARIK

Spécialiste ophtalmologie

Business Affairs Gueliz, Intersection Bd Abdellah

El Khattabi et Bd My Rachid, 2^e étage N° 1, Marrakech

Tél: (+212) 0808536471

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

CW4834

Y45039

04/2022

PPV 127DH00

Y45035

04/2019

03/2022

LOT/MFG./EXP.:

CH2895

Y45035

04/2019

03/2022

Adresse : Business Affairs Gu

Téléphone : 0808

LOT/EXP.:

CW4834

Y45039

04/2022

PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4834

Y45039

04/2022

PPV 127DH00

CW4834

Y45039

04/2022

PPV 127DH00

زولامول®
Xolamol®

Lot: X N 0063
Fab: 12 19
Exp: 12 21

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: X N 0064
Fab: 12 19
Exp: 12 21

P.P.V : 110 DH 70



Marrakech le :

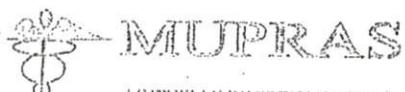
Reçu de caisse N° : 32335

soukaina

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT17121208223 1	BENJAKIK Tayeb	16/11/2020

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	Consultation	300,00
Reçu établi par :	Total payé	300,00

Ophtalmology Laser Le Guéliz
 Pr BAHÀ ALITARIK
 Spécialiste ophtalmologie
 Business Affaires Gueliz, intersection Bd Abdelkrim
 El Khattabi et Bd My rachid, 2e étage N° 11 Marrakech
 Tél (+212) 0808536471



MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 16.11.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Pr BAHA ALI TARIK

Spécialiste ophtalmologie

Business Affaires Gueliz, intersection Bd Abdelkrim
El Khattabi et Bd My rachid, 2e étage N° 11 Marrakech

Tel : (0212) 0808536471

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M. BENJAKIK TAYEB

Présente

un oeil cédé

Nécessitant un traitement d'une durée de:

à vie

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com