

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.

Biologie 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° P19- 049195

55867

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2023

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL ABDERRAHIM

Date de naissance : 15/10/1955

Adresse : me se adresse

Tél. : 0676034338

Total des frais engagés : 368 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/20

Nom et prénom du malade : BETTACH Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Coartrose du

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 :

Le : 06/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
27/11/20		C	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/20	68,100

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

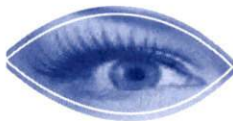
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie, Laser

Membre de la société française d'Ophthalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Dr. BENYAHYA
27/11/20

Bethani Feth

Dilced 1 mg/ml



68100

Dr. EL MARWANI Othman
Tél : 05 22 53 20 54
Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID

DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH

6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 0522 32 56 56 - برشيد

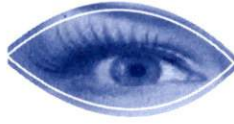
Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie , Laser

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول ، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

27/11/20

Babbari Feth

Lot OD

phoco + Tol
ou

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 0522 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID