

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.

Educations :

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.

Prothèse :

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
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M20- 0006006

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8522 Société : 56436

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAKKI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ayoub Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06006

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique: nécessaire à la profession																				
				Montant des travaux																
				Montant des soins																
				Date du devis																
				Fin de																

Voir le détail de l'acte	Voir le détail de l'acte
--------------------------	--------------------------

VOLET ADHERENT	NOM: <u>Bakki</u>	Mle <u>8522</u>
DECLARATION N°	<u>W17-124996</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>1209</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-124996

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>8522</u>	
Nom & Prénom <u>Bakki Ahmen</u>			
Fonction: <u>Chargé</u>	Phones: <u>0240222678</u>		
Mail: <u>cbakki@royalairmaroc.ma</u>			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>2 ans</u>
Nature de la maladie <u>carie dentaire</u>		Date <u>28/11/20</u>	
S'agit-il d'un accident: Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>consultation</u>	<u>1</u>	<u>250,00</u>	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		Signature	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date			
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV
<u>18/12/2020</u>			<u>#1050100#</u>

Dr. EL KHAYIB Nouha
DENTISTE
Résidence Talborit, Immeuble Bureau N°1
1er étage - Bd Cheikh Mohammed VI
Tél: 05 28 84 18 45 / 05 28 84 43 13
Fax: 05 28 84 43 13



Optique TAIBA OPTIC
11,12 km, Ibn Zohr, Av. Qued Ziz
Tél: 05 28 84 37 4 - 05 28 84 37 4
Autonomie: 11,12 km

- Opticienne optométriste
- Lunettes Optiques et Solaires
- Adaptation en lentilles de Contact

le 18/12/2020

Nr: BAKKI AYOOB

* Deux verres Organique Antireflet 1.6.

OD: (180°, -0.50); -4.25 ⇒ 350,00DH

OG: (170°; -0.75); -3.25 ⇒ 350,00DH

+

* Monture Vogue 148/50 ⇒ 350,00DH

TOT ⇒ 1050,00DH

ARRÊTÉ la présente facture hier pour
de mille cinq cents Dirhams TTC

(Stamp: Riad Salam - AGADIR, Tél: 05 28 21 75 72, P: 67598374 - Autorisation: 1141)



045003860



Dr. EL KHATIB Nouha

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux

الدكتورة الخطيب نهي

اختصاصية في طب
وجراحة العيون

أكادير، في 28 novembre 2020, le Agadir,

طوبوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

الليزر
Laser

التصوير المقطعي البصري
OCT

الفحص بالصدى
Echographie

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

جراحة الجلالة بالدبدبات الصوتية
Chirurgie par Phakoémulsification

05 28 84 18 45
08 08 50 87 99

Tél./Fax 05 28 84 43 13

Résidence Talborjt
Imm. D - Bureau N°11
1^{er} Etage - Bd. Cheikh Saadi
Talborjt - Agadir

Mr. BAKKI Ayoub

Monture + verres correcteurs
Antireflets

OD = (180° , - 0.50) - 4.25

OG = (170° , - 0.75) - 3.50

Dr. EL KHATIB Nouha
OPHTALMOLOGISTE

Résidence Talborjt, Imm. D, Bureau N° 11
1^{er} Etage - Bd. Cheikh Saadi Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 84 18 45 - 08 08 50 87 99
Tél/Fax: 05 28 84 43 13

TAIBA OPTIC
Opticienne Ophthalmologiste
Riad Salam - Agadir
Tél/Fax: 05 28 21 75 72
T.P.: 67598374 - Autorisation: 1141