

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-584848

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0592

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJOU Ahmed

Date de naissance : 18 Mars 1946

Adresse : Rue Jules Guesse Cité Calina Bloc 4 n°6

Tél. : 0662 884383

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAJOU Ahmed

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

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 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 : Casablanca

Le : 19 Mars 2017

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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
19-12-20	C1 + C2		gratuit	INP : 8/9/1239661V
12-12-22	FaScding	5	186,00	
	FaScNesku		186,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR KABBAJ Somla BOB Angles de la rue 27 Mansour Bd. Sidi Abdelrahmane - Casablanca Tél : 05 22 36 89 11	12/02/21	44140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

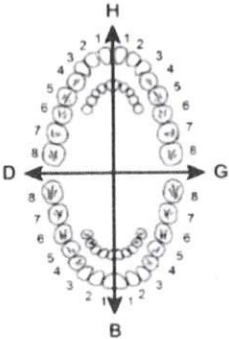
[illegible]

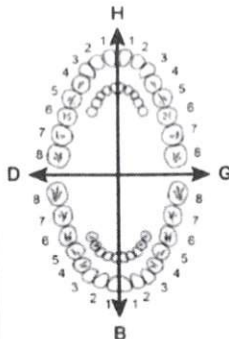
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>										
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>										
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>										
				FIN D'EXECUTION	<div></div>											

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>0000000</td><td>0000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>0000000</td><td>0000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>			25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552													
	0000000	0000000													
	D	G													
	0000000	0000000													
	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>
	MONTANTS DES SOINS	<div></div>
	DATE DU DEVIS	<div></div>
	DATE DE L'EXECUTION	<div></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le mardi 12 janvier 2021

Monsieur Ahmed HAJJOU

DANS ŒIL GAUCHE

- Celluvisc 1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois

- CHIBRO-CADRON COLLYRE à ne pas renouveler sans avis médical : 1 goutte x 3/ j pendant 5 jours
puis 1 goutte x 2/ j pendant 5 jours
puis puis 1 goutte / j pendant 5 jours
puis arrêt

CLINIQUE NOUR
KABBAJ Somia
108 Avenue El Mansour
P.M. Sidi Abdelhamane - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 11

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE (H.W.)
25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG Fax: 05 22 23 49 87

Dr. BOUKHARRISSA Mounia
Ophtalmologiste (H.W.)
25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914

le mardi 12 janvier 2021

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à Monsieur HAJJOU Ahmed,

Frais medecin 150 Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique 150 Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. BOUKHRISA Mounia
Ophtalmologiste
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE (H.W.)
25, Route des Facultés - Lot. Gnymer Oasis
Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax: 05 22 23 49 87

Cachet et signature

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés - Lot. Gnymer Oasis
Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914