

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, parodontologie 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-550649

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 5459 Société : RAM 72451

Matricule : 5459 ☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : DRISS

Nom & Prénom : CHAHOU

Date de naissance : 01/08/1958

Adresse : LOT SAFSAF N° 63 MARRAKECH

Tél. : 06 19832107 Total des frais engagés : 290,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : CHAHOU Age : 63 Ans

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 : MARRAKECH

Le : / / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

[illegible][illegible]

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

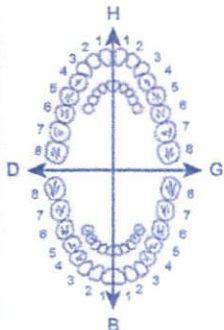
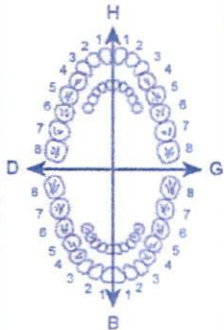
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jamali Azzeddine

SPÉCIALISTE

CHIRURGIE ET MALADIES DES YEUX

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Clermont Ferrand en France

Sur Rendez-vous

ICE : 002163054000078

الدكتور جمالي عز الدين
اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون
خريج كلية الطب بكلية فرن بفرنسا

بالموعد

INP : 071079883

Marrakech, Le 10/02/2021

ش. في

CHAHOUI Driss

164.20 x 3

1) Cosopt collyre

130.00 x 2 1g x 2/j

2) Hyfresh collyre

1g x 4/j

752.60

Traitement de quatre mois

LOT T022255 1
EXP 05 2022
PPV 164.20 DH

LOT T022255 1
EXP 05 2022
PPV 164.20 DH

LOT T022255 2
EXP 05 2022
PPV 164.20 DH

Pharmacie Al Houada
El Hachemi
Dr En Pharmacie
Lot Targha 303 144 El Hassani
Marrakech - Tél : 05 24 34 33 66

PPC : 130 DH 00

PPC : 130 DH 00

LOT T033801 1
EXP 07 2022
PPV 164.20 DH

LOT T033801 2
EXP 07 2022

P P V 126.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

Docteur JAMALI Azzeddine
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
213, Avenue Mohamed V - Guéliz
MARRAKECH Tél : 05 24 44 95 25

213, شارع محمد الخامس (قرب الخطوط الجوية الملكية، بين بنك الوفاء ومصرف المغرب) - الهاتف : 05 24 44 95 25 - مراكش
213, Avenue Mohamed V Marrakech - Guéliz (à côté de Royal Air Maroc, Entre Wafa Bank et Crédit du Maroc) - Tél. : 05 24 44 95 25

ورقة الطلب


Bon de commande

N° 08224

Le MRKUT 10/4/24 في

M^r CHAHOU DRIGGS

السيد

العدد Quantité	النوع Designation	التمن P. U. HT	المجموع Prix Total
1	Cosopt Collyre.	164,20	164,20
1	" "	126,10	126,10
		T 290,30	
Arrêtée la présente facture à la somme de deux cent quatre vingt dix et 30 Trente cts.			
			
<p>Pharmacie Al Houada El Fekka Hammam Dr. El Houada Lot 1883 368 May El-Hassani Marrakech - Tel: 05 24 34 33 66</p>			



MUPRAS

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

Le 10/10/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<i>Dr. JAMAL AZZAGHINE</i> Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 213 Avenue Mohamed V - Casablanca Tél : 05 22 91 23 36
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M :	<i>CHAHOU DRIS</i>
Présente	<i>un glaucome chronique</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<i>Traitement médical à vie</i>
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

Dr. JAMAL AZZAGHINE
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
213 Avenue Mohamed V - Casablanca
Tél : 05 22 91 23 36

SIÈGE SOCIAL : AÉROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/01-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail: Mupras @ royalairmaroc.com