

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.

Diagnostique 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.

Maladie chronique :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 059192
ND: 86731
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3208 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : retraite
Nom & Prénom : BENJELLOUN DRIS
Date de naissance : 1954/07/03
Adresse : HAY AL WALAN 1 M M 22 SECTO 2
Tr 185 DI MOUMEN CASA-
Tél : 0674273064 Total des frais engagés : 2.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 SEP 2021
Nom et prénom du malade : C. MAKH
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : 03/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise 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

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 SEP. 2024	E		200 DH	

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/10/21					3000.00

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

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 style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H															
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>													
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>													

2 Mosque itidal hay walaa attacharouk
tranche 2- Casablanca. Tel : 0661568674

N° 0711

Date : 01/10/2021
Mr/Mme/Mlle : CHAKIK HABIBA
DOCTEUR : OUHADI SOUAD

Désignation			Total (DHs)
SPH	CYL	AXE	
V.L O.D: +0,50 O.G: +0,50	-1,00 -1,00	150° 40°	600,00 600,00
V.P O.D: +2,50 O.G: +2,50			400,00 400,00
ADD :			
Verre : Minéral blanc, Photogris, Photobrun, Organique, Progressif Double Foyer, Fort indice			
Monture : Métallique, Plastique, Nylon, Percée Face Supplémentaire : A.R/A.R Multicouche			1000,00
Total TTC :			3000,00

Arrêtée la présence facture a la somme de : TROIS MILLES DH

OPTIC ATTACHAROUK
Opticien Optométriste
2 Mosquée Attacharouk Hay Walaa
Casablanca

Docteur OUHADI Souad

Maladies et Chirurgie des yeux

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août

Ex. Médecin à l'Hôpital My Youssef

Membre de la société française d'ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive et esthétique des yeux

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact



الدكتورة أهادي سعاد

أمراض و جراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

جراحة و تجميل الجفون

جراحة مسالك الدموع

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

Casablanca, le : 27/09/2021 : الدار البيضاء في :

Mme Chakik Habiba

Lunettes pour vision de LOIN

OD : +0,50 (100° -1)

OG : +0,50 (40° -1)

, ADDITION POUR VISION DE PRES

OD : + 2.50

OG : + 2.50

, Verres progressifs.

OPTIC ATTACHAROUK
Opticien Optométriste
2, Mosquée Al Itidal Hay Wala
Attacharouk T. Casablanca

Dr. OUHADI SOUAD
Ophtalmologiste
Bd. Akid Allam, Rés. Annakhla 4, 1^{er} étage Appt 3
Bournazil (Près Rés. Poissons) - Casablanca
Tél.: 05 22 56 06 56

شارع العقيد العلام - إقامة النخلة 4 - الطابق الأول رقم 3 بournazil - الدار البيضاء - الهاتف . 05 22 56 06 56
Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1^{er} étage Appt.3 - Bournazil - Casablanca - Tél.: 05 22 56 06 56
(Près Restaurants Poissons) (قرب مطاعم السمك)