

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-673845

105941

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 105941	Société : Royal Air Maroc	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Nacer Sihem		
Date de naissance : 09.07.1978		
Adresse : lot HAJ FAICH 74 API 1 ZG 1		
Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés		
Dhs		

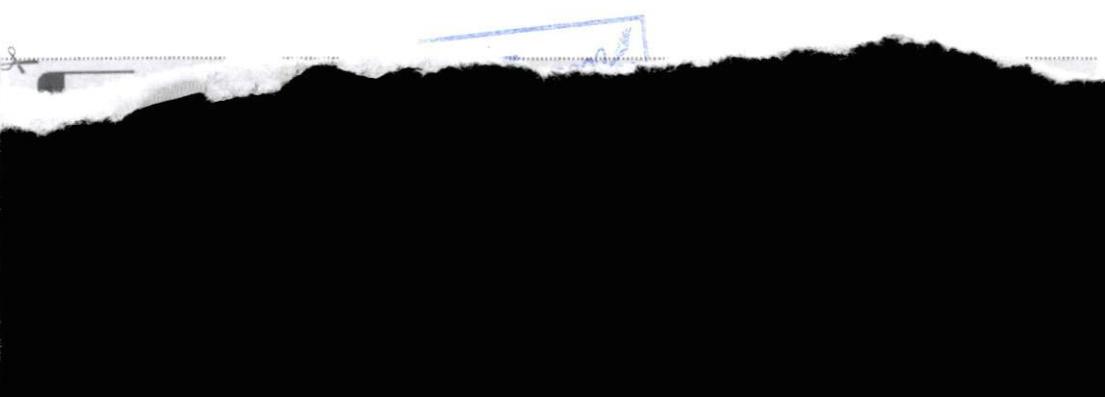
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 14/10/2022	Age:
Nom et prénom du malade : Nacer Sihem	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	Enfant
Nature de la maladie : maladie de reflux	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RELEVE 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
14/02/22	CS	générale	25000	INP : 09N219352



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant détaillé de la Facture
	14.02.22	289.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

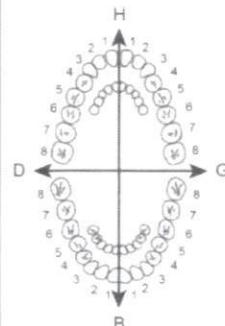
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22/02/22					27.00

VOLET ADHERENT

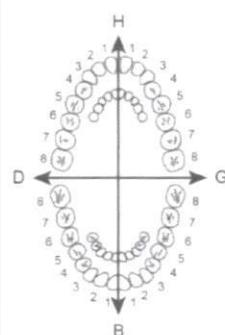
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplômée des universités de Tours -Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive) DPC London-uk
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

دكتورة جهاد صفاء
اخصائية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"
الزرق-الساد-السكنى-تصحيح النظر
طبيبة سابقة بمستشفى 15-20 باريس
طبيبة سابقة بمستشفى الحسيني

14 février 2022

Mme NACIR Siham

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 2.00 (- 0.25 à 100°)

OG = + 2.00

VP : ODG = Add : + 1.50



190,00

Hylo dual

1g x3/j pdt 3mois

99,00

Phylarm

1lavage x 2/j au besoin

289,00



زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

Angle bd Sidi aberraoum et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour).Entrée A . Apt 3.2 eme étage.

cabinet.drjihad@gmail.com 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture :

0017327

Date : 22/10/2022

Mr : NACIR SIYAM

Docteur : JIHAD SAFIA

Type des verres: POSITIVISTE DAME Bleu

Monture : OPTIQUE 700

Vision de Loin :

OD Axe 65 cyl -0,25 sph +2 700

OG Axe cyl sph +2 700

Vision de Prés :

OD Axe cyl sph

OG Axe cyl sph

Add : 700 Montant : 2700

Demande de sept 01/10/2022

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 00183400001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P / 023451 - Patante : 30057211