

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° W21-695516

11222W

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) _____			
Matricule : 10891	Société : _____		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ELHARROUF Abla
Nom & Prénom : _____			
Date de naissance : 21.07.76			
Adresse : Résidence Romane II 111 lebawt 6 ^e étage N° 43			
Tél. : 0693777712	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A 215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : H. HAKANI - 00. BD El Aïn Ben Abdellah - Casablanca - 0693777712		
Date de consultation : 09 MARS 2022	Nom et prénom du malade : TAOUFIK INES Age: 48		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie : Affection oculaire		
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 : 09 MARS 2022
Signature de l'adhérent(e) : _____

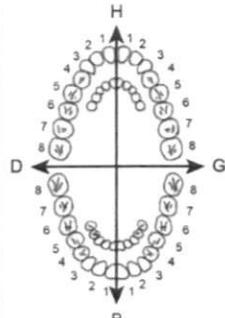
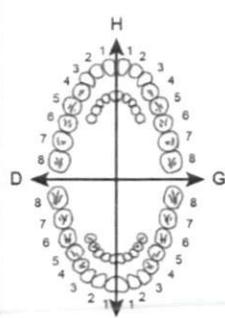
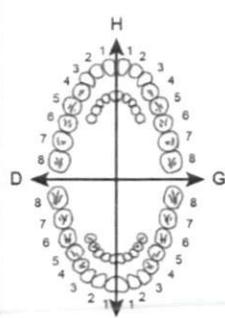
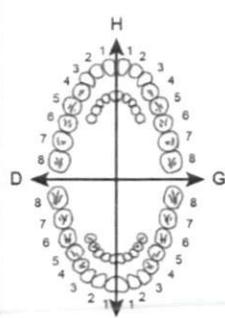


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09 MARS 2022	CL	300124	1000	INP : 091015278 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

RELEVE 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 canalaire, 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"/>																																										
ODF PROTHESES DENTAIRES <table border="1"> <tr> <td colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">  </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="5">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="5">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</td> </tr> </table>					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																										
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411																														
H	25533412	21433552																																								
D	00000000	00000000																																								
B	00000000	11433553																																								
G	35533411																																									
																																										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																										
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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																																										

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيسى محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

08/03/14

DAWIK DNS-

Revue au 11 (18 months)

$$\text{off} = -0,15 (-0,15) \cdot 150$$

$$\text{off} = -0,25 (-0,15) \cdot 35$$

Visus yeux // 18 months, ce n'est pas

AL FIRDACUS VISION
202 Bd Abdellatif Ben Hocine N°5
Casablanca
GSM: 06 43724173.

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani / Fax: 0522 25 70 88
Tél: 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani – Casablanca -Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076

400, شارع إبراهيم الروانى – الدار البيضاء – الهاتف : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88



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

10771
CASABLANCA, Le 16 mars 2022

AL FIRDAOUS VISION
AV D'UM ERRABIE MAG 021030 LOT AL FIRDAOUS
IMM GH 25 A OULFA
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE
Identifiant adhérent : 010771_1976-07-21_AHLAME
N/REF : 20220740014523
Adhérent : EL HARDOUZ AHLAME

Maklame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de INESS TAOUFIK.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de * 1050.00 MAD

Validité de prise en charge : du 15-03-2022 au 15-06-2022.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Center d'affaire Allal Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
Géme Etage, Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à INESS
TAOUFIK.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

10771
Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS:

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.

Toute facture doit être accompagnée :

- ✓ D'une copie de la présente prise en charge.
- ✓ Des notes d'honoraires des praticiens.
- ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués.
- ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).

Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.

Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

* Pour information, la part adhérent : 260.00 MAD

10771
Centre d'affaire Allal Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir Géme Etage, Casablanca.
Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abdennour RDC N°5
Casablanca
GSM : 06 48724173

ACM