

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.

Biologie 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 063423

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

114986 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 904

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : REJRAJ Naima Ep Motraji

Date de naissance : 26/12/1952

Adresse : 510 Rue Goulmimo APPT 18 Casablanca

Tél. : 0664 04 53 81 Total des frais engagés : 516,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr MAAROUFI Scheherazade

Ophtalmologiste

40, Rue des Hôpitaux

Tél: 05 22 26 80 59 - CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 AVR 2022

Nom et prénom du malade : M. REJRAJ NAIMA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

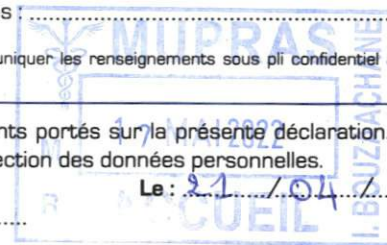
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 21 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : Rejraj



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21/04/2022	C3 K10	1 C3 K10	Dr MAAROUFI Scheherazade Ophtalmologiste 40, Rue des Hôpitaux Tél: 05 22 26 80 59 - CASABLANCA	Dr MAAROUFI Scheherazade Ophtalmologiste 40, Rue des Hôpitaux Tél: 05 22 26 80 59 - CASABLANCA

Dr. MAAROUFI Schenerazad
Ophthalmologiste
40, Rue des Hôpitaux
Tél: 05 22 26 80 59 - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg);"> Pharmacie Argane 104, bd. Bourdoux - Casablanca Tel : 05 22 46 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 10 18 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg);"> Pharmacie Argane 104, bd. Bourdoux - Casablanca Tel : 05 22 46 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 10 18 </div>

Pharmacie
Argane Mazha El Aoud
Rue de la Pharmacie
107, av. Bourdieu - Casablanca
Tel. 06 22 40 21 71 - Fax: 06 22 26 18 18

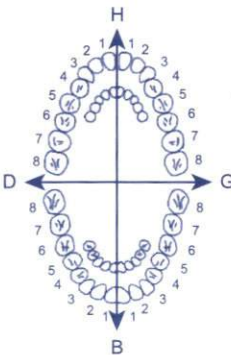
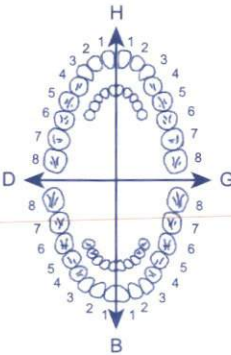
[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 40px;"> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 40px;"> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

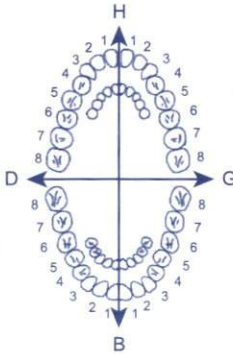
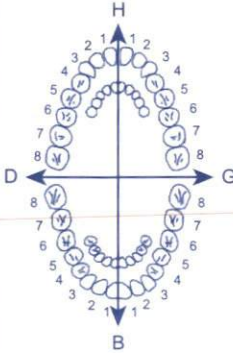
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div>D<div>G</div></div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Maâroufi Scheherazade

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie Laser

Diplômée de l'Université de Montpellier



الدكتورة معروفى شهرزاد

إختصاصية في أمراض

جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولى

Casablanca, le 21/04/2022

DMO REJRAJ - NAÏHA:

66.00 Visrelax : 1 gte x 3 (1) 1 min

Dr MAAROUFI Scheherazade
Ophtalmologiste
40, Rue des Hôpitaux
Tél: 05 22 26 80 59 - CASABLANCA

T = 66.00





Dr. Maâroufi Scheherazade

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie Laser

Diplômée de l'Université de Montpellier



الدكتورة معروفى شهرزاد

إختصاصية في أمراض

جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le

21 /04 / 2022

FACTURE : N° 13/2022

MME : REJRAJ – NAIMA :

CONSULTATION + EXAMEN DU FOND DE L'ŒIL (Cs + K10)

HONORAIRES : 450 DH.

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE QUATRE CENTS

CINQUANTE DIRHAMS.

Dr MAAROUFFI Scheherazade
Ophtalmologiste
40, Rue des Hôpitaux
Tél: 05 22 26 80 59 : CASABLANCA