

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° M21- 0003408

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

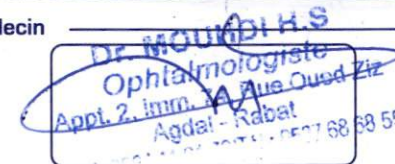
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1591 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : MME MOURID SAIDA
 Date de naissance : le 15 octobre 1954
 Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA BD ANOUAL
 immeuble 4A Apt 6 - 3ème étage CASABLANCA
 Tél. : 06 61 21 43 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/06/2022
 Nom et prénom du malade : MOURID SAIDA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Optique + Mébonite
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/06/22	A		300,00	Dr. MOU... Ophtholmologue Appt. 2, Imm. 74, Agdal - Rabat 05 37 67 69 69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Du 16 Novembre 16 Novembre 2022 05 37 67 69 69 NPE : 102000395	11/06/22	237,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

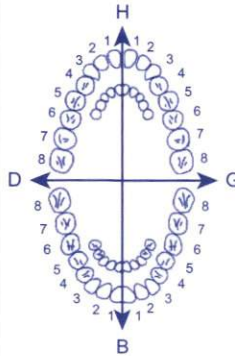
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Halima Saadya MOUHDI Epouse CHELLAOUI

Ophthalmologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie
Chirurgie de cataracte et traitements lasers

الدكتورة حليمة السعدية موهدي

اختصاصية في طب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة الطب من كلية الطب
والصيدلة بالرباط

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون
بزر

Rabat le,

samedi 11 juin 2022

Mme MOURID Saïda

naviblef
INTENSIVE CARE

RIMA PHARMA
PVC : 120,00

NAVIBLEF: MOUSSE POUR LES PAUPIÈRES

1 toilette palpébrale le soir après les massages à rincer à l'eau pdt
1 mois, dans les deux yeux

ZYLET

UNE GOUTTE 4 FOIS /j pdt 10j, dans l'œil droit

POUR USAGE OPHTHALMIQUE UNIQUEMENT.
للاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DHS

صيدلية 16 نوفمبر
Pharmacie Du 16 Novembre
16, Av. du 16 Novembre, Haut Agdal Rabat
Tél.: 05 37 67 00 24 - 05 37 67 56 69
INPE : 102000395

Dr. MOUHDI H.S
Ophthalmologiste
Appt. 2, Imm. 4, Rue Oued Ziz
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 68 68 55

Imm 74 Appt n°2 Rue Oued Ziz Agdal - Rabat - GSM : 06 61 11 61 70 / Cabinet : 05 37 68 68 55

Patente : 25771867 - I.F : 40467248 - E-mail : halima.mouhdi@gmail.com

ICE : 001875953000050 - INP : 101164929