

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.



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 063166

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2263 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJIL DRISS

Date de naissance :

Adresse : 38 rue Sidi Patch impasse Elhabacha (B.M)

Tél. : 06 25 19 12 06 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Nabil EL KOUFEN
Ophtalmologiste
54, Bd Rachidi - Casablanca
Tél. : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NADIF EP BENJIL ZAHRA 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/04/2022	108,20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/04/2022	108,20

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients

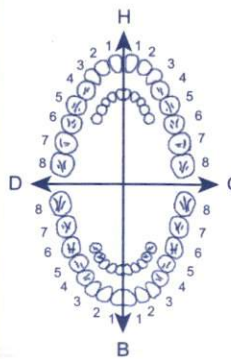
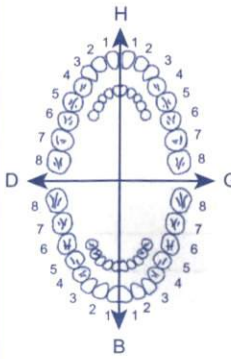
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

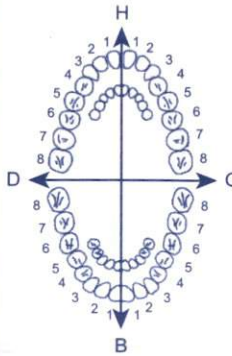
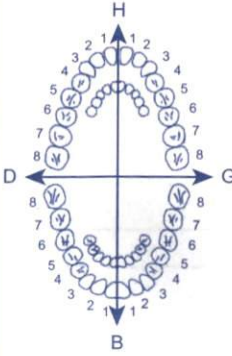
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

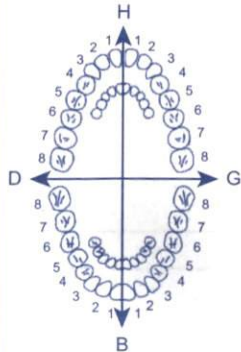
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.


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	
<p>The diagram shows a top-down view of human teeth. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left. The lower arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right. Teeth are numbered 1 through 8 on both sides of the midline for both arches, starting from the front (incisors) and moving back (molars).</p>					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					DEBUT D'EXECUTION

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

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

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




H

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**Coefficient
des Travaux**

B

**Montants
des Soins**

	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DES SOINS
		<input type="text"/>
		DATE DU DEVIS
		<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nabil EL KOUHEN

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Maladies et Chirurgie des yeux

Ancien Chef de Clinique Assistant
des Hôpitaux de Nancy

الدكتور نبيل الكوهن

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

أمراض وجراحة العيون

داخلي سابقا بمستشفيات نانسي

Casablanca, le 06 avril 2022

NADIF EP BENJLIL Zahra

54.10 x 2

LARMABAK



1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 6 Mois

10-8-20

PHARMACIE LE PRINTEMPS
DE JARMOUNE
0522.26.47.54 / 05 22.47.54
357 BD TAHAR ALAOUI CASABLANCA

Docteur Nabil EL KOUHEN

Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tel : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Docteur Nabil EL KOUHEN

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Maladies et Chirurgie des yeux

Ancien Chef de Clinique Assistant
des Hôpitaux de Nancy

الدكتور نبيل الكوهن

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

أمراض وجراحة العيون

داخلي سابقا بمستشفيات نانسي

CASABLANCA, Le 06/04/2022

HONORAIRES :

Mme NADIF EP BENJILIL Zahra

Acte : Consultation : C2.

Montant : 300 DHS (TROIS CENTS DHS).

Docteur Nabil EL KOUHEN

Ophthalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tel. : 05.22.22.40.22 / 05.22.22.73.22

2769

BENJIL' DRiss

1) LARMABAK

