

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0010676

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Ex Pwe

Nom & Prénom : RIFFI Amale

Date de naissance : 01/01/63

Adresse : 4 Rue Taouate CASAB

Tél. 0661391716 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 / 07 / 22

Nom et prénom du malade : DAOUDER Jamel Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : leucémie, schizophrénie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 20 / 07 / 22

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
24/07/22			2500	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
24/07/22	120000	
24/07/22	519,60	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

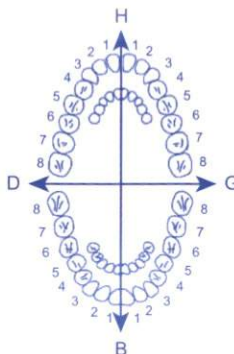
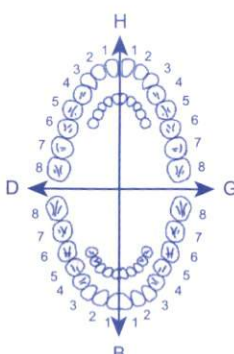
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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



Rabat, le 20 02 22

Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat
INPE : 101107829
Ophtalmologiste
Docteur : P. BENHARBIT Mohammed

M. DAOUNER Jace

129,90x4

Oculane gel

Stle x 9/j
(x6 mois)

519,60



Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat
INPE : 101107829
Ophtalmologiste
P. BENHARBIT Mohammed



Rabat, le : 20/07/22

Docteur :

DAOUNER Jemel

let d : - 800

d : - 10,50 (-17° 30')

VP Abd + 2,45 oc

BIEN VU S.A. R.L.
Amal NAFKHI LAZRAQ Ep. KABBAL
58, Bd Abdellatif Ben Kaddour - 20050
Casablanca - ICE: 000026616000041
TP : 35600762 - RC: 81961
Tel: 0522 944 888

Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat
IMPE : 10440 629
Ophtalmologie
Dr. MOHAMMAD RABBIT Mohammed

Nom de l'assuré :	MR DAOUMER JAMAL
ASSURANCE	MUPRAS
Prescripteur :	DR BENHARBIT MOHAMED

FACTURE N°170722 du 22/07/22

NOMENCLATURE	DESIGNATION	Prix Unit. TTC (DHS)	Qté	Montant TTC (DHS)
VISION DE LOIN	MONTURE	2 500,00	1	2 500,00
OD	VERRE MINERAL FORT INDICE ZEISS TRAITEMENT ANTI REFLET OD -8.00	4 750,00	1	4 750,00
OG	VERRE MINERAL FORT INDICE ZEISS TRAITEMENT ANTI REFLET OG -10.50 (-1.75)30	4 750,00	1	4 750,00

NET A PAYER (DHS) :	12 000,00
------------------------	-----------

BIEN VU S.A.R.L.

Amel NAFKHI LAZRAQ Ep. KABBAJ
58, Bd Abdellatif Ben Kaddour - 20050
Casablanca - ICE: 000026616000041
TP: 35600762 - RC: 81961
Tél: 0522 944 888

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Consultation le : 20/07/22 A
Service Admission / Facturation



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

2 651 571

DI : 3 021 914

PP : 1 578 034 N° de dossier : C223441530

Patient : DAOUMER JAMAL

Montant : 250,00 Dh (deux cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 0926

Date d'encaissement : 20/07/2022

Description :

Medecin : C01039 MOHAMMED BENHARBIT

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Assurance
CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1986010