

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 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.
- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

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

N° W19-417984

12570

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 2741 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFID Ahmed

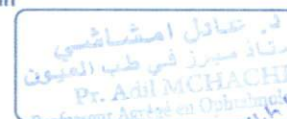
Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : Rue 1 N° 43 Elhouda. coop. ouled Hriz Berrechid

Tél. : 0668640833 Total des frais engagés : 3445,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/2022

Nom et prénom du malade : M^{me} Baya Amin

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Cancer

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 : Berrechid

Le : 01/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
06/07/22	CS	1	300,00	INP : 00102576

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie BERRECHIO 05 22 82 84 84	06/07/22	145,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	
7	06/07/22					300,00

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	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"/>									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	21433552	G	D	00000000	00000000	35533411	11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	21433552	G										
	D	00000000	00000000										
	35533411	11433553	B										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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										



CHAOUIA OPTIQUE

Fedoua Stitou

Opticienne - Optométriste

Facture N° 000859

Berrechid le 06/07/22

Client

BADJ AMINA

Qté	Désignation	Prix	Total
1	monture	500Dt	
2	Verses Progressif Miniflex	égale	
01 05	+2.75 (-0.50 x 90°)	1250Dt	
	+2.75 (-0.50 x 95°)	1250Dt	
<p>CHAOUIA OPTIQUE STITOU FEDOUA Opticienne Optométriste 18 Bd Dakhla - Hay Al Mouna - Berrechid TEL : 05 22 53 48 20</p>			
Arrêtée la présente facture à la somme de Trois mille dix		3000Dt	

18 BD Dakhla hay al mouna - Berrechid - TÉL.: 05 22 53 48 20

I.F: 92980210 PATENTE : 40712938 Rc :7450 CNSS : 468054

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/07/22

Dr Bagi Anwar

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 54 77
E-mail : contact@hck.ma
N°INP 090061662

PHARMACIE ARABAF
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houari
BENRECHIO
Tél : 05 22 92 84 04

Hydrate et apaise
Yeux secs, fatigués
PPC : 145,00 DH

145,00

y Agualarm



1 gte x 4 Jours /

x 3 mois

PHARMACIE ARABAF
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houari
BENRECHIO
Tél : 05 22 92 84 04

استاذ مبرز في طب العيون
MCHACHI
Professeur en Ophtalmologie

8/10/2022



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 06/07/2022

M^r Bagi Amr

OD: + 2,75 (-0,50 à 20°)

OG: + 2,75 (-0,50 à 25°)

addition par VP

+ 2,50 D OD6

cat = 64mm (à venir)

Ventes prescrites avec angles

F A C T U R E

N° 84 946 / 2022 du 06/07/2022

Nom patient : BAYI MINA

Entrée 06/07/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 06/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@hkm.houma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2207061432464720 / 1 / 80 686

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200528234	BAYI MINA	06/07/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	ATTIJARIWafa BANK 080686 HAFID AHMED	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAN.WAK

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
N°INP 09006-00
Fax: 05 29 03 53 77
E-mail: contact@hopital-ibn-zaid.ma