

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- 0006120

39302

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELJIRARI, Abdelham
 Date de naissance : 03.03.1952
 Adresse : 846 Lotissement EL WAAFA ANNA
 Tél : 06.67.51.34.60 Total des frais engagés : 609,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
 OPHTALMOLOGISTE
 Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
 Tél : 0522 32 48 47
 Date de consultation : 24 NOV. 2022
 Nom et prénom du malade : ELJIRARI Abdelham Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Amétropie
 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 : Deloua

Le : 25/11/2022

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
2-4 NOV. 2022	C2		300 DH	Dr. Soumaya CHEBIH HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tél : 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21-11-22

609,60

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

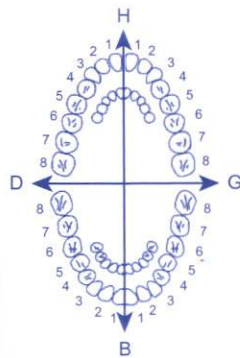
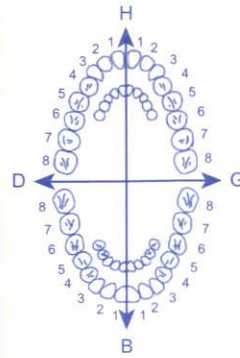
A M P C I M I V

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1^{er} étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 05 22 32 48 47

PHARMACIE EL OUMOUA

244 lotissement el wafaa
Berrechid

24/11/2022

Fix : 05.22.53.20.54

Mr. EL JIRARI Abdesslam

1/ XALACOM; COLLYRE

1 goutte le soir , les deux yeux, 6 Mois 6flacons

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Berrechid
Fix : 05.22.53.20.54

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

Pfizer

6 118001 170340

XALACOM COLLYRE 2.5ML
P.P.V : 89DH50

Fabricant:
Pfizer S.A.
Pfizer Manufacturing Belgium NV
2870 Puurs
Belgique

P.P.V : 107.60 DH

PA1168044

Pfizer

6 118001 170340

XALACOM COLLYRE 2.5ML
P.P.V : 89DH50

Fabricant:
Pfizer S.A.
Pfizer Manufacturing Belgium NV
2870 Puurs
Belgique

P.P.V : 107.60 DH

PA1168044

Pfizer

6 118001 170340

XALACOM COLLYRE 2.5ML
P.P.V : 89DH50

Fabricant:
Pfizer S.A.
Pfizer Manufacturing Belgium NV
2870 Puurs
Belgique

P.P.V : 107.60 DH

PA1168044

6 118001 170340

Fabricant:
Pfizer Manufacturing Belgium NV
2870 Puurs
Belgique

P.P.V : 107.60 DH

PA1168044

6 118001 170340

Fabricant:
Pfizer Manufacturing Belgium NV
2870 Puurs
Belgique

P.P.V : 107.60 DH

PA1168044

6 118001 170340

Fabricant:
Pfizer Manufacturing Belgium NV
2870 Puurs
Belgique

P.P.V : 107.60 DH

PA1168044