

# **INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES F. 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## **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**

- 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



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

12 DEC. 2022

ACCUEIL

H. HAKANI

140397

**Déclaration de Maladie : N° P19-0000723**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0527 Société : /

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : /

Nom & Prénom : EZZAHAF EBOUZAOU Date de naissance : 09/01/1941

Adresse : 32 AV. OUEJDAH 3 AMILAS CASABLANCA

Tél. : 0663572332 Total des frais engagés : / Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHABAOU ZOUAIDA Age : /

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

Nature de la maladie : ALD de type 1 (Renouvellement de l'attribution)

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 : CASABLANCA Le : 05/12/2022


Signature de l'adhérent(e) : /



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/22	71500

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

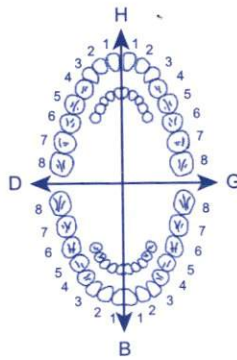
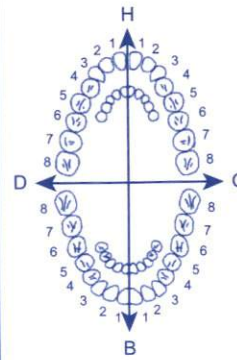
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 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"/>		
		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<div> <div> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> </div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div> </div>	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT 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



## Dr KHADIJA FILTY

Spécialiste des maladies et  
Chirurgie des yeux  
Ex chef de Service Ophtalmologie  
à l'hôpital Mohamed SEKKAT  
Aïn chock  
Membre de la société française  
d'ophtalmologie Paris  
certificats médicaux pour permis de conduire



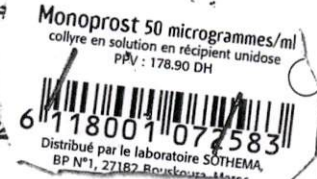
## الدكتورة خديجة فلتى

اختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون  
طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون  
بمستشفى محمد السقاط عين الشق  
عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون باريس  
بل رخصة السيادة

## Ordonnance

Casablanca le : 21/12/2021 : ضاء في :

CHABA OUS Zoubida



178,90x5 1 - Monoprost unidoses (188x5)



75,70 2 - Zolerg collyre 118x1

TOTAL = 970,20 DH



188x5 x 2 18x1 x 18x1  
00 Det 00

دكتورة خديجة فلتى  
مستشفى محمد السقاط  
Ophtalmologie



رقم: 106، الطابق الأول، فوق مقهى أنكونا (قرب صيدلية سكيبية)، بن مسيك سباتة الدار البيضاء

Boulevard oued ED-DAHAB, N° 106, 1er étage, Ben msik, Casa

GSM : 06 08 93 17 90 / Tel : 05 22 37 07 43



# Pharmacie LAHBABI

DR. LAHBABI MOHAMED

0522-37-31-03

79/81 AVENUE N JAMILA 5 CITE DJEMAA , CASABLANCA



**Facture N° 20221209-408**

Date de vente : 05/12/2022

Médecin traitant :

**CHABAOUI ZOUBIDA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MONOPROST CL COLLYRE 30 UNIDOSES	4	178,90	TVA (7.00%)	715,60

Total HT	668,79 DHS
TVA	46,81 DHS
<b>Total</b>	<b>715,60 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent quinze DHS et soixante centimes**



IF : 49602912 RC : 323426 ICE : 000478580000001  
Tel : 0522-37-31-03 RIB : 225780024794093661012419  
Adresse : 79/81 AVENUE N JAMILA 5 CITE DJEMAA , CASABLANCA