

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10471

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El HILALI Zoubida

Date de naissance :

Adresse : 27, Rue Jbel Saghro, 3ème étage

Tél. : 6662 802374

Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Rbt complémentaire

Age: .....  
03 FEV 2023

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

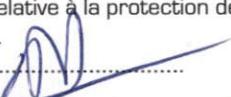
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

### RELEVE 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

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

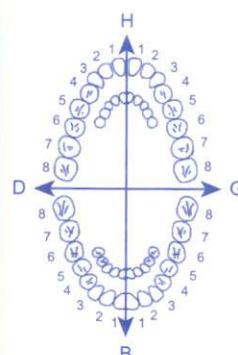
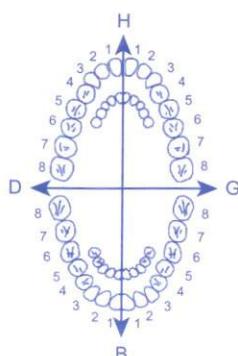
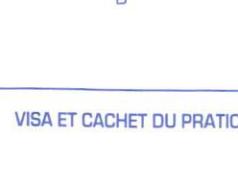
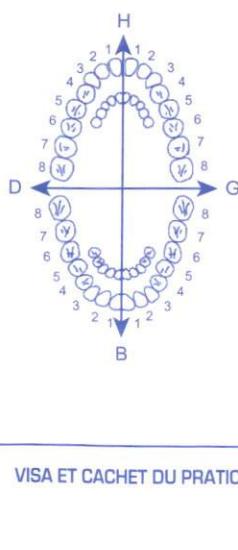
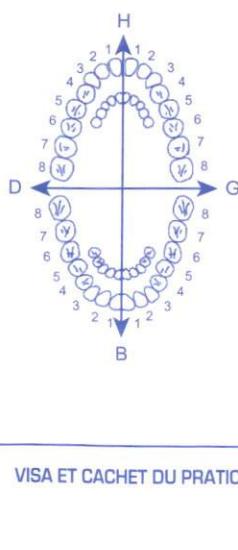
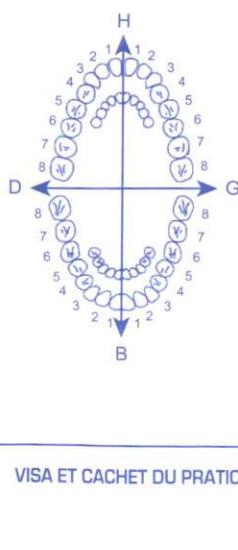
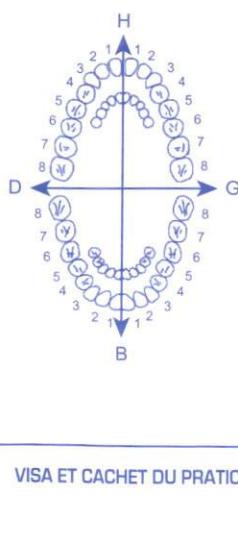
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE 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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FEUILLE DE SOINS  
ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 0008460134 A

Agent en activité

Agent en retraite

Maladie

Maternité

ALD - ALC

Accident

Médecine de travail

REmplir par l'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent:

EL HILALI

EL HAJ

N° RCAR

4080087850

Matricule

.....

N° CIN :

Adresse de l'agent :

27 Rue Jbel Saghroun.  
Houf Essalam - CASABLANCA

Ville :

N° Tél. : 0662 80 23 74 / 05 22 36 73 89

Signature de l'agent

A Cas-blanc

REmplir par le Médecin (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ?

Agent

Agent Retraité

Conjoint

Enfant

Nom et prénom du patient :

EL HILALI EL HAJ.

Date de naissance :

1940

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Affection EL HAJ.

Médecin traitant

DENTAL MOLOGISTE  
Dr. YACOUB EL MANSOURI  
235, Bd Yacoub El Mansouri  
Al Anfal, Etage 2 - Casablanca  
Tel: 05 25 03 22 00

N° INP : 091081890

**DÉTAIL DES SOINS** (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
19/07/22		cr + L	360	DR YACOUB EL MANSOUR, OPHTALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Anfal, Etage N° 2 - Casablanca 19/07/22

**RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE** (Joindre facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES** (*À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien*)

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN  
OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 19.07.22

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة المول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة مستشفى 20 غشت

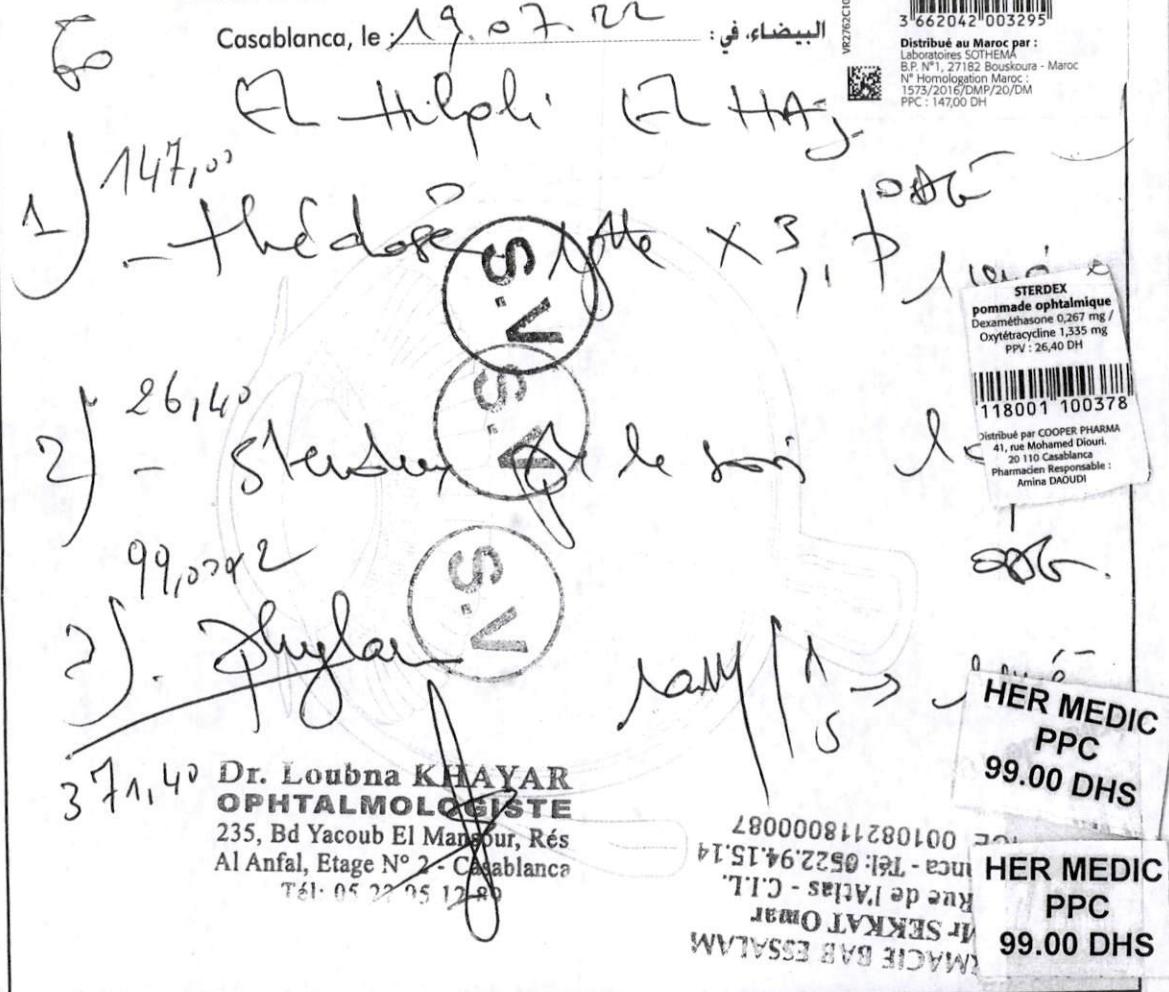
آفة



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPV : 147,00 DH



البيضاء، في :



235. شارع يعقوب المنصور إقامة الأطفال - عمارة A شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89  
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im «A», App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

Exemplaire à conserver par l'agent



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

## Décompte de remboursement du mois d'août 2022 OCP

## مراجع التعويض عن المرض لشهر غشت OCP 2022

EL HILALI EL HAJ

Matricule: 4080027150

27 RUE JABAL SERGHOU HAY  
ESSALAM CI L  
CASABLANCA  
CASABLANCA

Madame, Monsieur,

سيدي سيدتي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:

نحيطكم علما اننا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب المراجع المفصلة كما يلي

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
8460134	Agent	FOND D'OEIL	1	350.00	225.00	26/08/2022	Virement
8460134	Agent	MEDICAMENTS NR ANAM A REG	1	173.40	138.72	26/08/2022	Virement
8460134	Agent	PHARMACIE N.R	1	198.00	00	26/08/2022	Virement

Total remboursement du mois d'août 2022 :

مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر غشت 2022 Dh 363.72

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agrérer,  
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدتي فائق عبارات التقدير و الإحترام.



## VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : .....

N° RCAR : 40800271150.....

Nom et Prénom de l'agent :

ER HILALI ED HAJ

Date de consultation : 19/07/2022

Date de dépôt : .....

*Exemplaire à conserver par l'agent*

84600134