

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- N° 003954

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 154595
 Nom & Prénom : Rholam Rita
 Date de naissance : 01.07.1974
 Adresse : Terrasses de Bouskoura imm 10 apt 1
 ville verte
 Tél. : 0661334217 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03.06.2023
 Nom et prénom du malade : Age : 49 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : vue le refait
 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 : Casablanca

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
06/03/23	Consultations	105	309,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/03/23	79,00

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
		AM	PC	IM	IV	
Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca	8/3/23					1900,00

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



220903233103Y.

ORDONNANCE 06 mars 2023

Bouskoura, le :

Mme RHOLAM RITA

ZALERG COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

PURE COLLYRE

1 goutte 3x/j, pendant 1 Mois

LPT

PPC
DHS

0530222
2025 02
79,00

STE PHARMACEUTIQUE
Centre commercial Bouskoura - Casablanca
Tél : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant KHAMAM Mehdi
Ophtalmologie



091266718



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



220903233103Y.

ORDONNANCE

06 mars 2023

Bouskoura, le :

Mme RHOLAM RITA

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VP : OD = + 2.50 (- 0.25 à 166°)

OG = + 2.50



Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant KHAMAILY Mehdi
Ophthalmologie
091266718

AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق, شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0006366

Docteur : KHAHAILEY MEHDI
Mr. : RHOLAH RISA

Nomenclature :

Montures :
VL septique
VP septique

Type de verres : optique

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : Cyl : Sph :

OG : Axe : Cyl : Sph :

* VISION DE PRES :

OD : Axe : 16.5 Cyl : 0.25 Sph : +2.50

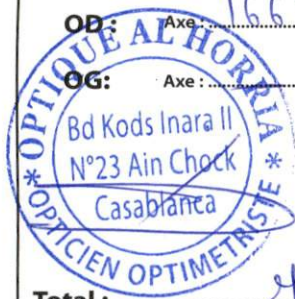
OG : Axe : Cyl : Sph : +2.50

Add :

= 1500,-

Total : 4.000,-

Date : 8 / 3 / 23





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 06 / 03 / 2023

N° : 0040978

QUITTANCE - PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : 2300235283

Montant : 300.00 DHS

Patient : RHATAM RITA

Cachet

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300235283

F A C T U R E

N° 9 323 / 2023 du 06/03/2023

Nom patient : RHOLAM RITA

Entrée 06/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 06/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'ophtalmologie	1,00	K	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	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

