

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1135 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELLAKHDI Abdelmoula

Date de naissance : 01-01-1947

Adresse : Résidence ENNAID Im 22 Apt 233

Avenue STENDHAL CASABLANCA

Tél. : 05 22 25 11 79 Total des frais engagés : 1466,00 DHS -Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Yasser BENSALAH
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage
Bureau N° 12 - Casablanca
Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2023

Nom et prénom du malade : Ellakhdi Abdelmoula Age: 76

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

Nature de la maladie : Correction optique

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 Le : 06/05/2023

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
13/05/2023	Cs		300,00	Docteur MOUSSA BENSALAH Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N° 12 - Casablanca Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. Slimane Rue Anouar - Bd Anouar - Cité Plateau - C.A.S.A. Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 17 INPE: 092001452	13.05.23	1166,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

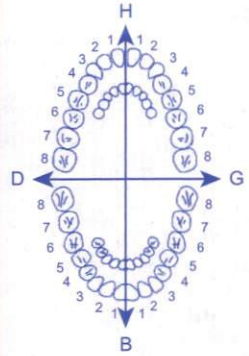
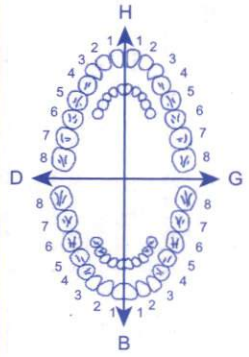
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Yasser BENSALAH



الدكتور ياسر بن صالح

**Spécialiste des maladies
et Chirurgie des Yeux**

Ophtalmologiste

**اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون**

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

**Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat**

Agréé pour le permis de conduire

فياث باريس

في العسكري

رباط

**Xailin®
Wash**

السياسة

**OPHTALMED
PPC
89.00 DHS**

13 mai 2023

Mr ELLAKHDI Abdelmoula

89,00

XAILIN WASH



1 lavage oculaire matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

128,00 x 8 / 1068,00

CATIONORM



1 goutte 4 fois par jours, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

1166,00

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annaji - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA
Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

Cationorm®
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 178,00 DH

LOT SZ093
2023-01
2026-01

Cationorm®
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 178,00 DH

LOT SY552
2022-10
2025-10

Cationorm®
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 178,00 DH

LOT SZ093
2023-01
2026-01

Cationorm®
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 178,00 DH

Cationorm®
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 178,00 DH

LOT SY552
2022-10
2025-10

Cationorm®
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 178,00 DH

LOT SZ093
2023-01
2026-01

Tél.:



PHARMACIE ACHRAF
Dr. SLIMANE Slimane

Page.:1

FACTURE

N° FACTURE :105234
Date : 13/05/2023

Client :
ELLAKHDI ABDELMOULA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
XAILIN WASH 20 UNIDOSES	1	98.00	98.00
CATIONORM COLLYRE FLC 10 ML	6	178.00	1068.00

Total TTC = 1166.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE CENT-SOIXANTE-SIX DHS

Bon rétablissement



442 RESIDENCE ANNAJD Angle Av Anwal et Av stendhal cite plateau CASABLANCA Tel:0522 98 97 63
Fax:0522 99 64 17 R.C :275144 - Patente:34712528 - I.F: 42205000 - CNSS: 6017736 - I.C.E: 000448700000012