

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 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

Déclaration de Maladie

N° W21-690996

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 506 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ROYAL AIR MAROC

Nom & Prénom : ROUSSEL JILALI

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0668118451 Total des frais engagés : 859,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : / Age : /

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

Nature de la maladie : /

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.

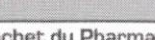
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : /

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
15/04/23		1	25000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Pr. BENCHEKROUN Nabiha Spécialiste en Neuro-Ophthalmologie Spécialité Fonctionnelles Visuelles 01 10 77 95 </div>				

EXECUTION DES ORDONNANCES ***		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE FAMILIALE INARE SARI AU Hay Mly. Abdellah Rue 18 Tel: 0529 294 850</p>	<p>17/04/23</p>	<p>PHARMACIE FAMILIALE INARE SARI AU Hay Mly. Abdellah Rue 18 N°15 Casablanca - Tel: 0529 294 850</p>

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

[illegible]

	H 25633412 00000000	21433552 00000000	G	Coefficient DES TRAVAUX
	D	B	G	Montants des Soins
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du Devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. BENCHEKROUN Nabih
Spécialiste en Neuro-Ophtalmologie
Explorations Fonctionnelles Visuelles
INPE : 101107795
Hôpital Cheikh Zaïd

15/04/2023

SAFOUANE

Salvator

LOT 0360921
2023 09
PPC DHS 179,00

124.00 x3

Keracdrop.

S.V

18th x 31/8 0.3

179.00

xiloal forte

18th x 31/8

58.00

Iudocollepre

3)

18th x 4

PHARMACIE FAMILIALE INARA
SARL AU
Hay Mly. Abdellah
N°15 Casa - Tél: 0537 68 68 68

Pr. BENCHEKROUN Nabih
Spécialiste en Neuro-Ophtalmologie
Explorations Fonctionnelles Visuelles
INPE : 101107795
Hôpital Cheikh Zaïd

PHARMACIE FAMILIALE
SARL AU
Hay Mly. Abdellah

Indic: treatm inflam the oc and cl
OPHTALMED PPC 124.00 DHS

Indic: van sy aanho van hi Volwa
OPHTALMED PPC 124.00 DHS

INDOCOLLYRE 0.1% ☐ LOT/عيار H8956
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الاستح 10-2022
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 03-2024
AMM N°15519/DMP/21/NRQDNM

6118001270088 PPV : 58,00 DHS

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°15519/DMP/21/NRQDNM
6118001270088

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°15519/DMP/21/NRQDNM
6118001270088

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission / Facturation

Consultation le : 15/04/23 A

Quittance N°

IPP : 1 316 844 N° de dossier : C233798216

2.814.716
DI : 3 209.916...

Patient : SAFOUAN ZOHRA

Montant : 250,00 Dh (deux cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 15/04/2023

Description :

Medecin : C0334 BENCHEKROUN NABIHA

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.
Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Cachet du caissier :

N° 2127106