

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.

Ontique :

- 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 AID et AIC :

- 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

Nº W19-441301

01 272407

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9910	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELGAZZAR Chérif			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 13 70 08 24	Total des frais engagés : 545,60 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 03/08/93			
Nom et prénom du malade : Belgazzar Chérif Age : 31			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : cataracte			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</p> <p>SM : 05 51 67 31 57 11 37 62 70 71</p>			

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) : 

Signature de l'auteur(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
03/08/23	C S	1	300,00	INP : 11111111111111111111111111111111 INPE : 101170579

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL WILAD Directeur 3, N°3482, AL WILAD -Témara- Tél. 05 37 64 51 85  2078698	03/08/22	245,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

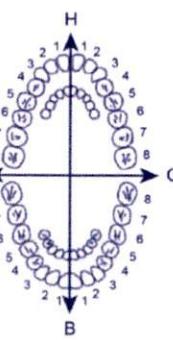
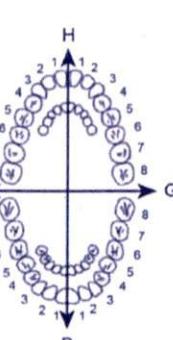
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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	INP : <input type="text"/>														
																		
					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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552														
		D	00000000	00000000														
		00000000		00000000														
35533411		11433553																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

Dr JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste, Chirurgienne

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Ancien Médecin à la Clinique Montchoisi, Lausanne, Suisse



الدكتورة جنان نوال
أخصائية طب و جراحة العيون
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيبة سابقة بمصحة مونتشوري
لوزان، سويسرا

03/08/2023

Mme BELGAZZAR Charifa

PPV - 1250 DHS
LOTEMAX

112,50

LOTEMAX

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 8 jours

73,00

VITAPOS

2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 10 jours

54,10

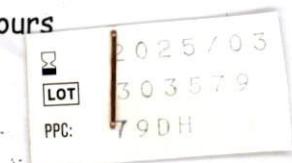
LARMABACK

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

245,60

Pharmacie AL WOUROOD
Secteur 3, N°3482, AL WILAYA
- Temara -
Tél: 05 37 64 51 85

102078698



Dr. JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste
N° 3482
Avenue Alkarrama, N° 3482
Bât. Alwifaq - Temara
Tél: 05 37 62 70 71
GSM: 06 51 77 67 52
E-mail: naoualjennane.oph@gmail.com

شارع الكرامة، الرقم 3482 حي الوفاق - تمارة. أمام مسجد الإيمان (قرب صيدلية الورود)

Tél : 05 37 62 70 71 / 06 37 52 10 67 - E-mail : naoualjennane.oph@gmail.com

INPE : 101170579

CNSS : 5613212

ICE : 001992905000084