

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- 0053879

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250 Société : Ag5108

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SAH NAOW ABDELLATIF

Nom & Prénom : SAH NAOW ABDELLATIF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2024

Nom et prénom du malade : Adnani Niche Age :

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

Nature de la maladie : S.D. Dep

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) :

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
01/02/2024 C.S.			500	<p><i>(Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes)</i></p> <p><i>(Signature: Dr. KENDILLI Imen)</i></p> <p><i>(Date: 01/02/2024)</i></p>

Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE EL GOMOUWA
244 boulevard
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

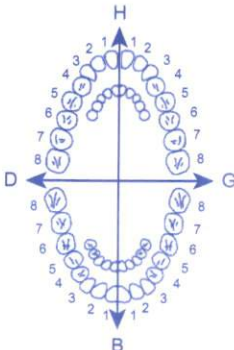
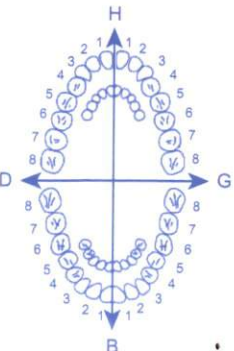
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	02/02/24					1300DA

Ameltes El Hamel
19, Souk Ennadj Derb Challef
Casa - Tel. 022.99.27.09

[illegible]

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>										
					<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000
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 L'EXECUTION

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الطبيبة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
اللايزر....

Casa le :

ADRAON

1. Evaphtek collige

1 gtt 2x / j

2. NAVI - INFLA

1 gtt 3x / j

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

LOT/ رقم الغمعة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء

K1280
-10-2023
09-2025



6118001270354

PPV: 70,10 DH



LUNETTES EL HANAA

نظارات الهناء

Souk Ennadj Derb Ghallef

N° 509

Patente : 34717241

سوق النجد درب غلف

الرقم 509

البانت - 34717241

DATE : 02/02/2024

N° 015579

NOM : ADAAOUI

PRENOM : AICHA

- DOCTEUR : BOUKSIM

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE — CYL — SPH +1.50

350 —

VL

OG : AXE — CYL — SPH +1.50

350 —

ADD : Lunettes El Hanâ

509, Souk Ennadj Derb Ghallef

Casa - Tél : 022 99 27 09

OD : AXE — CYL — SPH +4.50

100 —

VP

OG : AXE — CYL — SPH +4.50

100 —

Verres VL : 0.9 + Bl + PH 6.015

VP : 0.9 + Bl

Monture OPTI Ours

400 —

Facture Arrêtée à la somme de : MILLE

Trois Mille, ADAA

1300 —

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الطبيبة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

اللايزر....

Casa le : **01 février 2024**

Mme ADRAOUI Aicha

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques
Antireflets**

Vision de loin :

OD = + 1.50

OG = + 1.50

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00