

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 Aïali Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïali 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° W19-537290

ND: 32410

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7672 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HADIK ABDERRAHMAN

Date de naissance : 30/04/1964

Adresse : 1964

Tél. 0673995671 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/05/2020

Nom et prénom du malade : HADIK ABDERRAHMAN Age :

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

Nature de la maladie : affection longue durée

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 : DEROU Le : 9/6/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-537290

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7672

Nom de l'adhérent(e) : HADIK

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
14.05.20	C.S.		200,00 DM	06/235354

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td> </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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 18 mai 2020

NADIF OPTIC
124 AV MIKDDAD LAHRIZI HAY EL HOUDA SEBATA
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE
N/REF : : 20201390004157
Adhérent : HADIK ABDERRAHMEN

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDERRAHMEN HADIK.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2430.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 970.00 MAD

Validité de prise en charge : du 18-05-2020 au 18-08-2020.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDERRAHMEN HADIK.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

Adhérent 

NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- **Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.**
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture

• **Dr. RACHA ELBAKKAL**

Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طبيب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

14-05-2022

Hadik Abdelcolmon

Monture avec la correction progressive
pour le photochromique anti-reflet

- OD: +0.2 (-0.5 à 0.0)
- OG: +0.2 (-0.25 à 0.0)

ADD + 2.00



CASABLANCA, le 25/09/201

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

N° 2293174

Agence : 229 CASA MEKDAL LAHRIZI

Réf.Op. : 2299913268721992

Nous vous prions de trouver ci-joint un relevé d'identité bancaire établi à la suite de votre demande

Code	Code Ville	Numéro de Compte	Clé RIB
021	780	0000229027055041	62

Titulaire du

Adresse du

OUNJIF NADIF

124 BD MEKDAL LAHRIZI
HAY EL HOUDA CASA

20452 CASABLANCA

Crédit du Maroc :

Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital : 1 035 848 200 Dhs
Siège social : 48-58, boulevard Mohammed V - Casablanca - B.P. 13 579
Tél. : +212 (0) 522 47 70 00 - Fax : +212 (0) 522 27 71 27
Agréé par le B.R. 94 - R.C. 28 717 - I.I. 01085466
Patente : 1928079 - N.S.S. 1928079

المصرف : 33103720 - ص.ح.ج. 1928079
رقم التعريف الضريبي : 01085466
ص.ح.ج. : 2348 - 94 - ب.ر. : 28 717
الهاتف : 522 47 70 00 + 212 (0) - الفاكس : 522 27 71 27 + 212 (0)
البريد الإلكتروني : 1035 848 200 - رقم المراسلة : 48-58 شارع محمد الخامس - المار البيضاء

CASABLANCA, le 25/09/201

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

N°

Agence : 229 CASA MEKDAL LAHRIZI

Ref.Op. : 2299919268721992

Nous vous prions de trouver ci-joint un relevé d'identité bancaire établi à la suite de votre demande

Code	Code Ville	Numéro de Compte	Clé RIB
021	780	0000229027055041	62

Titulaire du

Adresse du

OUNJIF NADIF

124 BD MEKDAL LAHRIZI
HAY EL HOUDA CASA

20452 CASABLANCA

Crédit du Maroc :

Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital : 1 035 848 200 Dhs
Siège social : 48-58, boulevard Mohammed V - Casablanca - B.P. 13 579
Tél. : +212 (0) 522 47 70 00 - Fax : +212 (0) 522 27 71 27
Agréé par le B.R. 94 - R.C. 28 717 - I.I. 01085466
Patente : 1928079 - N.S.S. 1928079

المصرف : 33103720 - ص.ح.ج. 1928079
رقم التعريف الضريبي : 01085466
ص.ح.ج. : 2348 - 94 - ب.ر. : 28 717
الهاتف : 522 47 70 00 + 212 (0) - الفاكس : 522 27 71 27 + 212 (0)
البريد الإلكتروني : 1035 848 200 - رقم المراسلة : 48-58 شارع محمد الخامس - المار البيضاء

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Facture

00145/2020

Le : 14/05/2020

Doit: MUPRAS

Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS PHOTOCHROMIQUE ANTIREFLET

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+0.50	-0.50	90	1 040.00
O-G :	+0.50	-0.25	95	1 040.00
Add.	+2.00			

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE

350.00

Vision de Prés:

Verres :

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :				0.00
O-G :				0.00

Monture:

0.00

Total : 2 430.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Deux Mille Quatre Cent Trente Dirhams

Adhèrent

417



124, Av. Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca
Tél.: 0522382020 / 0600656419/ 0666244242 E-mail: oundif@gmail.co
RC: 427582 Patente: 37488923 IF : 40265282



002128398000034

095009924

0217800000 22902705 50 4169